

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA**  
**Tn.T.R.M (67 TAHUN) YANG MENDERITATUBERCULOSIS PARU DI**  
**WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan**  
**UntukMenyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan**  
**Pada Program Studi D-III Keperawatan**  
**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**SHERLY IVONA ILLU**  
**NIM: PO.530320116345**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**2019**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

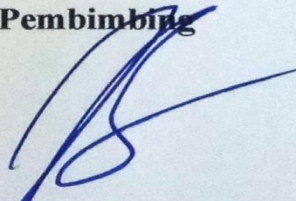
Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul STUDI KASUS“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn.T.R.M (67 TAHUN) YANG MENDERITA TB PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

**Disusun Oleh :**

**Sherly Ivona Illu**  
**NIM: PO. 530320116345**

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji  
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada  
Tanggal 11 Juni 2019

**Pembimbing**



**Israfil S. Kep., Ns., M. Kes**  
**NUPN. 9908420062**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn.T.R.M  
(67 TAHUN) YANG MENDERITA TB PARUDI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS SIKUMANA”

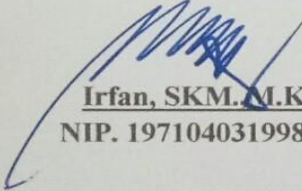
Disusun Oleh :

Sherly Ivona Illu  
NIM: PO.530320116345

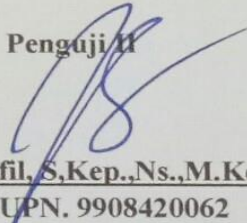
Telah Diuji Pada Tanggal, 13 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I

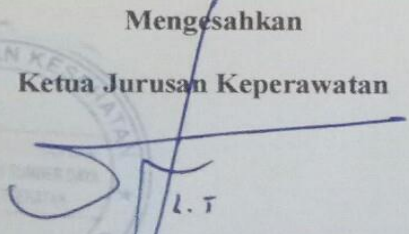
  
Irfan, SKM., M.Kes  
NIP. 197104031998031003

Penguji II

  
Israfil, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NUPN. 9908420062

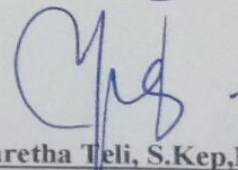
Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

  
Florentianus Tat, S.KP.,M.Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan

  
Margaretha Teli, S.Kep,Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002



## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sherly Ivona Illu

NIM : PO.530320116345

Program Studi : D-III Keperawatan

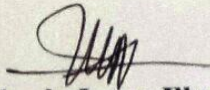
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

**Kupang, 13 Juni 2019**

**Pembuat Pernyataan**



**Sherly Ivona Illu**  
**NIM: PO.530320116345**

**Mengetahui**

**Pembimbing**



**Israfil, S.Kep.,Ns., M.Kes**  
**NUPN: 9908420062**

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Sherly Ivona Illu

Tempat tanggal lahir : Tamalabang, 26 Juni 1990

Jenis kelamin : perempuan

Alamat : Jln.jati kapadala RT 26/RW 06 Kelurahan air nona

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN Tamalang Tahun 2002
2. Tamat SMPN Tamalabang Tahun 2005
3. TamatSPK Pemda Waikabubak Tahun 2009
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

*“ Kesempatan bukanlah hal yang kebetulan, kau harus menciptakannya.*

*Tidak ada sebuah kesempatan yang datang secara dengan kebetulan, karena adanya kesempatan selalu dibarengi dengan adanya usaha”*

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan **STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn.T.R.M (67 TAHUN) YANG MENDERITA TUBERCULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIKUMANA”**

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Bapak Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Bapak Israfil, S.Kep., Ns. M.Kes, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Bapak Irfan, SKM, M.Kes, selaku penguji dan pembimbing 2 yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

5. Ibu dr. E.Evalina Corebima, selaku kepala Puskesmas Pasir panjang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana.
6. Ibu Maria Hildegardis Meo,Amd.Kep, selaku Pembimbing Klinik/ CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
7. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikanStudi Kasus ini.
8. Seluruh Staf terkhusus bagian Tata Usaha Puskesmas Pasir Sikumanayang membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
9. Bapak dan Mama tercinta yang telah mendidik dan membesarkan saya dan selalu mendukung saya,saudara-saudari yang dengan sabar selalu memberikan dukungandoa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Suami terhebat Alva Ga dan keluarga,dan kedua anak terhebat yang selalu temani disetiap keadaanyang telah membantu dan memberikan dukungan serta doanya untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Untuk sahabat saya tercinta, Theresia M Dueytu, Ni Koman Ari Milnawati dan Helenora Nuriati, yang selalu mendukung dalam pendidikan selama tiga tahun di poltekes kemenkes kupang

12. Teman - teman angkatan 25 tingkat III kelas karyawan yang selama ini selalu berjuang bersama yang selalu memberikansaran,dukungan dan semangat buat penulisdalammenyelesaikanStudi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saranyang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya.

Kupang, 13 Juni 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan .....	i
Lembar Pengesahan .....	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan .....	iii
Biodata Penulis .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	4
1.3 Manfaat Studi Kasus .....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1 Konsep Dasar Penyakit TB Paru .....	6
2.2 Konsep Dasar Asuhan keperawatan Keluarga .....	17
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....	34
3.1 Hasil Studi Kasus .....	34
3.2 Pembahasan .....	51
3.3 Keterbatasan Studi Kasus .....	59
BAB 4 PENUTUP .....	60
4.1 Kesimpulan .....	60

4.2 Saran .....	62
DAFTAR PUSTAKA .....	x
LAMPIRAN	

## ABSTRAK

**Asuhan Keperawatan Keluarga Tn.T.R.M.(67 tahun) yang menderita Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana. Oleh Sherly Ivona Illu PO530320116345**

**Pembimbing: Israfil,S.Kep.,Ns.,M.Kes<sup>\*</sup> Irfan.,SKM.,M.Kes<sup>\*\*</sup>**

Tuberkulosis Paru adalah penyakit infeksi menular secara langsung yang menyerang saluran pernapasan, yang disebabkan oleh micobacterium tuberculosis. Proses pengobatannya selama 6 bulan sehingga memerlukan peranan keluarga melalui asuhan keperawatan keluarga. Tujuan Studi Kasus adalah untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn.T.R.M.(67 tahun) yang menderita Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana.

Desain dalam Studi Kasus ini adalah secara deskriptif dengan Asuhan Keperawatan yang dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan selama 3 hari.

Hasil penelitian : berdasarkan studi kasus pada Tn,T.R.M. ditetapkan diagnosa keperawatan keluarga ketidakefektifan manajemen kesehatan.Tindakan yang dilakukan adalah memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit TBC, memberikan motivasi,pengobatan TBC dan demosntrasi pembuatan pot dahak untuk pencegahan penularan penyakit TBC pada keluarga yang lain.

Kesimpulan: Hasil yang telah dilakukan selama 3 hari ditetapkan ketidakefektifan manajemen kesehatan dengan 2 TUK teratasi yang dibuktikan keluarga Tn.T.R.M. mampu mengenal masalah kesehatan,dan keluarga sudah mampu memodifikasi lingkungan. Disarankan kepada puskesmas untuk terus melakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit tuberkulosis paru kepada keluarga, agar penanganan TBC dapat teratasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Keluarga, Tuberkulosis Paru Tn.T.R.M (67 tahun).

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1.LATAR BELAKANG MASALAH

Tuberkulosis ( TB ) atau yang dulu dikenal TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB ( *Mycobacterium Tuberculosis* ). TB bukan disebabkan oleh guna-guna atau kutukan. TB menyerang paru-paru, tetapi dapat juga menyerang organ atau bagian tubuh lainnya ( misalnya : tulang, kelenjar, kulit, dll )

Dalam Kementerian Kesehatan RI- Badan PPSDM Kesehatan Pusat SDM Kesehatan, 2017 ). Penyebab TBC adalah bakteri yang disebut *mycobacterium tuberculosis*. Bakteri ini ditemukan oleh Robert Koch yang kemudian disampaikan pada Berlin Physiological Society pada tanggal 24 Maret di Berlin. Pada tanggal tersebut kita kenal kemudian menjadi hari TBC sedunia ( Acyadi,2010 ). Penyakit Tuberkulosis ini bisa menimbulkan gejala yaitu terdiri dari gejala utama seperti batuk terus menerus dan berdahak selama 2 minggu atau lebih. Sedangkan gejala lainnya adalah batuk bercampur darah, sesak napas, badan lemas,nafsu makan berkurang, berat badan turun, rasa kurang enak badan (lemas), demam/meriang berkepanjangan, berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan.

Pada tahun 2015 diperkirakan terdapat 10,4 juta kasus baru tuberkulosis atau 124 kasus/100.000 populasi, dengan 480.000 kasus *multidrug-resistant*. Indonesia merupakan negara dengan jumlah kasus baru terbanyak kedua di dunia setelah India. Sebesar 60 % kasus baru terjadi di 6 negara yaitu India, Indonesia, China, Nigeria, Pakistan dan Afrika Selatan. Kematian akibat Tuberkulosis diperkirakan sebanyak 1,4 juta kematian ditambah 0,4 juta kematian akibat Tuberkulosis pada orang dengan HIV. Meskipun jumlah kematian akibat Tuberkulosis menurun 22 % antara tahun 2000 dan 2015,



Tuberkulosis tetap menjadi 10 penyebab kematian tertinggi di dunia pada tahun 2015 ( WHO, *Global Tuberculosis Report*, 2016 dalam Profil Kesehatan Indonesia ).

Pada tahun 2016 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 351.893 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2015 yang sebanyak 330.729 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di propinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus Tuberkulosis di tiga propinsi tersebut sebesar 44 % dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia ( Kementerian Kesehatan RI Tahun 2017 dalam Profil Kesehatan Indonesia )

Berdasarkan jumlah kasus baru tuberkulosis paru BTA positif tahun 2016 menurut jenis kelamin yang terdapat di propinsi NTT, laki-laki 1.803 kasus (57 %) dan perempuan 1.370 kasus (43%), sedangkan berdasarkan hasil cakupan penemuan kasus penyakit tuberkulosis tahun 2016 semua kasus pada laki-laki 3.116 kasus dan perempuan 2.462 kasus dengan jumlah keseluruhan kasus 5.578 kasus ( Kementerian Kesehatan RI Tahun 2017 ). Sedangkan jumlah kasus dan angka penemuan kasus baru TB BTA + di Puskesmas Sukumana pada tahun 2016 laki-laki berjumlah 63 kasus dan perempuan 25 kasus, dan jumlah seluruh kasus TB laki-laki berjumlah 63 kasus dan perempuan 53 kasus, dan kasus TB anak 0-14 tahun berjumlah 6 kasus ( Dinas Kesehatan Kota Kupang Tahun 2016 ).

Dari data diatas dapat menunjukkan bahwa penyakit TB masih meningkat saat ini dan perlu dikaji lebih dalam kepada keluarga dan penderita Tuberkulosis sehingga bisa ditemukan solusi untuk membantu mengatasi masalah ini meskipun banyak yang masih meyakini bahwa ini merupakan masalah pada waktu lampau.

Salah satu solusi untuk membantu proses penyembuhan penderita dengan penyakit tuberkulosis dan mengurangi faktor resiko penyebaran penyakit adalah memberikan promosi kesehatan tentang Tuberkulosis dan mengajarkan

perilaku-perilaku sederhana yang bisa mengurangi faktor resiko penyebaran kuman Tuberkulosis yang dapat dilakukan dengan cara memberikan pelayanan keperawatan keluarga yang dapat mengoptimalkan fungsi keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam menangani masalah kesehatan dan mempertahankan status kesehatan anggota keluarganya.

Pelayanan keperawatan keluarga dapat dicapai dengan adanya pemeliharaan kesehatan keluarga melalui 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan yaitu “mengetahui masalah kesehatan tiap anggota seperti mengetahui penyakit Tuberkulosis, penularan, pencegahan, perawatan dari penyakit Tuberkulosis serta pentingnya pengobatan bagi penderita tuberkulosis.” Mampu mengambil keputusan secara tepat dan cepat dalam mengatasi masalah kesehatan tiap anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan seperti turut merasakan masalah kesehatan yang dialami oleh penderita TBC, selalu mengingatkan penderita TBC untuk berobat. “mampu merawat anggota keluarga yang sakit dimana adanya keluarga yang berperan sebagai Pengawas Minum Obat, penderita bisa melakukan batuk efektif dan etika batuk yang baik dan benar.” Selain merawat yang sakit, keluarga juga mampu memelihara dan memodifikasi lingkungan rumah yang sehat dimana untuk lingkungan penderita TBC perlu diperhatikan kebersihan lingkungan, pencahayaan rumah, ventilasi rumah, kelembapan rumah. “ serta keluarga mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan seperti keluarga mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dan pergi ke fasilitas kesehatan untuk berobat.” Dimana untuk mencapai 5 fungsi pemenuhan pemeliharaan/perawatan kesehatan ini perlu dilakukan melalui pemberian asuhan keperawatan keluarga.

Berdasarkan latar belakang yang ada maka penting bagi mahasiswa untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga dalam bentuk studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga dengan anggota keluarga

Tn.T.R.menderita Tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas sikumana kelurahan sikumana kecamatan maulafa.

## 1.2.TUJUAN STUDI KASUS

### 1.2.1. Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. T.R.M (67 tahun) yang menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas sikumana.

### 1.2.2. Tujuan Khusus

- 1.2.2.1.1. Menggambarkan pengkajian asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. T.R.M (67 tahun) yang menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas sikumana.
- 1.2.2.1.2. Menggambarkan Diagnosa asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. T.R.M (67 tahun) yang menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas sikumana.
- 1.2.2.1.3. Menggambarkan Intervensi asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. T.R.M (67 tahun) yang menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas sikumana.
- 1.2.2.1.4. Menggambarkan Implementasi asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. T.R.M (67 tahun) yang menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas sikumana.
- 1.2.2.1.5. Menggambarkan Evaluasi asuhan Keperawatan Keluarga pada Tn. T.R.M (67 tahun) yang menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja puskesmas sikumana.

### 1.3.MANFAAT STUDI KASUS

#### 1.3.1. Manfaat bagi Keluarga

Diharapkan keluarga dapat mengetahui masalah kesehatan anggota keluarganya dan mampu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

#### 1.3.2. Manfaat bagi Penulis

Diharapkan sebagai bahan tambahan pengetahuan dan untuk membandingkan antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik keterampilan dan pengalaman dalam memberikan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Tuberkulosis

#### 1.3.3. Manfaat bagi Instansi Pendidikan

Untuk bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan keluarga dengan Tuberkulosis yang dapat digunakan sebagai acuan praktek bagi mahasiswa keperawatan.

#### 1.3.4. Manfaat bagi Puskesmas

Sebagai masukan bagi puskesmas agar dapat memberikan motivasi perawat dalam melakukan perawatan yaitu dengan cara melakukan kegiatan promosi kesehatan dalam rangka pencegahan penyakit dan peningkatan pelayanan kesehatan pada keluarga dengan Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Sikumana.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit Tuberkulosis Paru**

##### **2.1.1 Definisi**

Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mikrobacterium tuberkolusis* yang merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan bagian bawah yang sebagian besar basil tuberkolusis masuk ke dalam jaringan paru melalui *airbone infection* dan selanjutnya mengalami proses yang dikenal sebagai focus primer dari ghon (Corwin, 2011).

Tuberculosis merupakan suatu penyakit infeksi yang menular secara langsung disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularannya melalui batuk dan dahak yang mengandung kuman Tuberkulosis. Gejala umum Tuberkulosis pada orang dewasa adalah batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih, bila tidak diobati maka setelah lima tahun sebagian besar (50%) klien akan meninggal (Depkes RI, 2016).

##### **2.1.2 Klasifikasi Tuberkulosis**

###### **2.1.2.1 Tuberkulosis Paru Primer**

Tuberculosis Paru Primer adalah peradangan paru yang disebabkan oleh basil tuberkulosis pada tubuh penderita yang belum pernah mempunyai kekebalan spesifik terhadap basil tersebut.

### 2.1.2.2 Tuberkulosis paru post primer

Tuberculosis Paru post primer adalah peradangan paru yang disebabkan oleh basil tuberkulosis pada tubuh yang telah peka terhadap *tuberkuloprotein*.

1. Dari luar (eksogen) infeksi ulang pada tubuh yang pernah menderita tuberculosis
2. Dari dalam (endogen) infeksi berasal dari basil yang sudah berada dalam tubuh, merupakan proses lama yang pada mulanya tenang dan oleh suatu keadaan menjadi aktif kembali.

### 2.1.3 Etiologi Tuberkulosis Paru

Penyebab penyakit ini adalah bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Mycobacteria termasuk dalam famili Mycobacteriaceae dan termasuk dalam ordo Actinomycetales. Mycobacterium tuberculosis meliputi M. *Tuberculosis*, M. *Bovis*, M. *Africanum*, M. *microti* dan M. *canetti*. Dari beberapa jenis tersebut, M. *Tuberculosis* merupakan jenis yang terpenting dan paling sering dijumpai. M. *tuberculosis* berbentuk batang, berukuran panjang 5μ dan lebar 3μ, tidak membentuk spora, dan termasuk bakteri aerob. Mycobacteria dapat diberi pewarnaan seperti bakteri lainnya, misalnya dengan Pewarnaan Gram. Namun sekali mycobacteria diberi warna oleh pewarnaan gram, maka warna tersebut tidak dapat dihilangkan dengan asam. Oleh karena itu, maka mycobacteria disebut sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Beberapa mikroorganisme lain yang juga memiliki sifat tahan asam, yaitu spesies *ocardia*, *Rhodococcus*, *Legionella micdadei*, Ptozoa Isospora dan *Cryptosporidium*. (Zulkoni, 2010).

#### **2.1.3.1 Faktor resiko terpajan tuberculosis**

Mereka yang paling beresiko terpajan ke basil adalah mereka yang tinggal berdekatan dengan orang yang terinfeksi aktif. Mereka mencakup para gelandangan yang tinggal di tempat penampungan dimana terdapat tuberculosis, serta anggota keluarga pasien. Terutama pada negara – negara berkembang.

Yang juga beresiko terpajan atau terjangkit tuberculosis adalah para pekerja kesehatan yang merawat pasien tuberculosis, dan mereka yang menggunakan fasilitas klinik perawatan atau rumah sakit yang juga digunakan oleh para penderita tuberculosis. Di antara mereka yang terpajan ke basil, individu yang sistem imunnya tidak adekuat misalnya mereka yang kekurangan gizi, orang berusia lanjut atau bayi. Individu yang mendapat obat immunosupresan dan mereka yang mengidap virus immunodefisiensi manusia (HIV) kemungkinan besar akan terinfeksi.

#### **2.1.4 Komplikasi Tuberculosis paru**

Tuberculosis primer cenderung sembuh sendiri, tetapi sebagian akan menyebar lebih lanjut dan dapat menimbulkan komplikasi. Tuberculosis dapat meluas dalam jaringan paru sendiri. Selain itu basil tuberculosis dalam aliran darah dapat mati, tetapi dapat pula berkembang terus, hal ini tergantung keadaan penderita dan virulensi kuman. Melalui aliran darah basil tuberculosis dapat mencapai alat tubuh lain seperti bagian paru lain, selaput otak, otak, tulang, hati, ginjal dan lain – lain.

Komplikasi pada tulang dan kelenjar getah bening permukaan (superficial) dapat terjadi akibat penyebaran hematogen, hingga dapat terjadi dalam 6 bulan setelah terbentuknya kompleks primer, tetapi komplikasi ini dapat juga terjadi setelah 6 – 18 bulan (Lincoln). Komplikasi pada traktus urogenitalis dapat terjadi setelah bertahun – tahun (Lincoln).Pembesaran kelenjar getah bening yang kena infeksi dapat menyebabkan atelektasis karena menekan bronkus hingga tampak sebagai perselubungan segmen atau lobus, sering lobus tengah paru kanan.Selain oleh tekanan kelenjar getah bening yang membesar, atelektasis dapat terjadi karena kontraksi bronkus pada tuberkulosis dinding bronkus, tuberkuloma dalam lapisan otot bronkus atau oleh gumpalan keju di dalam lumen bronkus.Pembesaran kelenjar getah bening yang terkena infeksi selain menyebabkan atelektasis karena penekanan, dapat juga menembus bronkus kemudian pecah dan menyebabkan penyebaran bronkogen. Lesi tuberkulosis biasanya sembuh sebagai proses resolusi, fibrosis dan atau kalsifikasi (Amin Zsulkifli & Bahar Asril, 1990).

## **2.1.5 Diagnosa Tuberkulosis**

### **2.1.5.1 Uji Tuberkulin**

Perkembangan hipersensitivitas tipe lambat pada kebanyakan individu yang terinfeksi dengan basil tuberculosi membuat uji tuberculin sangat dibutuhkan.Pemeriksaan ini merupakan alat diagnosis yang penting dalam menegakkan diagnosis tuberkulosis. Uji multi punksi tidak seakurat uji Mantoux karena dosis antigen tuberculin yang dimasukkan ke dalam kulit tidak dapat di



control. Uji tuberkulin lebih penting lagi artinya pada anak kecil bila diketahui adanya konvensi dari negatif. Pada anak dibawah umur 5 tahun dengan uji tuberkulin positif, proses tuberkulosis biasanya masih aktif meskipun tidak menunjukkan kelainan klinis dan radiologis.

Ada beberapa cara melakukan uji tuberkulin yaitu dengan cara mono dengan salep, dengan goresan disebut patch test cara von pirquet, cara mantoux dengan menyuntikan intrakutan dan multiple puncture metode dengan 4 – 6 jarum berdasarkan cara Heat and Tine. Uji kulit Mantoux adalah injeksi intradermal 0.1 mL yang mengandung 5 unit tuberculin (UT) derivate protein yang dimurnikan (PPD) yang distabilkan dengan Tween 80.

Sampai sekarang cara Mantoux masih dianggap sebagai cara yang paling dapat dipertanggung jawabkan karena jumlah tuberkulin yang dimasukkan dapat diketahui banyaknya (Zulkoni Akhsin,2010).

#### **2.1.5.2 Pemeriksaan Radiologis**

Pada saat ini pemeriksaan radiologis dada merupakan cara yang praktis untuk menemukan lesi tuberkulosis. Pemeriksaan ini memang membutuhkan biaya lebih dibanding pemeriksaan sputum, tapi dalam beberapa hal pemeriksaan radiologi memberikan beberapa keuntungan seperti tuberkulosis pada anak – anak dan tuberculosismillier. Pada kedua hal tersebut diagnosa dapat diperoleh melalui pemeriksaan radiologidada, sedangkan pemeriksaan sputum hampir selalu negatif.

Pada anak dengan uji tuberkulin positif dilakukan pemeriksaan radiologis. Gambaran radiologis paru yang biasanya dijumpai pada tuberkulosis paru: kompleks primer dengan atau tanpa pengapuran, pembesaran kelenjar paratrakeal, penyebaran milier, penyebaran bronkogen, atelektasis, pleuritis dengan efusi.

Pemeriksaan radiologis pun saja tidak dapat digunakan untuk membuat diagnosis tuberkulosis, tetapi harus disertai data klinis lainnya.

### **2.1.5.3 Pemeriksaan Laboratorium**

#### **1. Darah**

Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian karena hasilnya kadang – kadang meragukan. Pada saat tuberkulosis baru dimulai ( aktif ) akan didapatkan sedikit leukosit yang sedikit meningkat. Jumlah limfosit masih normal. Laju Endap Darah mulai meningkat. Bila penyakit mulai sembuh, jumlah leukosit kembali normal dan laju endap darah mulai turun ke arah normal lagi.

#### **2. Sputum**

Pemeriksaan sputum adalah penting karena dengan ditemukannya kuman BTA, diagnosis tuberkulosis sudah dapat dipastikan. Disamping itu pemeriksaan sputum juga dapat memberikan evaluasi terhadap pengobatan yang sudah diberikan, tetapi kadang – kadang tidak mudah untuk menemukan sputum terutama penderita yang tidak batuk atau pada anak – anak. Pada pemeriksaan sputum kurang begitu berhasil karena pada umumnya sputum langsung ditelan, untuk itu dibutuhkan fasilitas

laboratorium berteknologi yang cukup baik, yang berarti membutuhkan biaya yang banyak.

### **2.1.6 Manifestasi Klinis**

Tuberculosis Paru termasuk penyakit yang datang secara diam- diam, sebagian pasien tanda- tanda sebagai berikut:

#### **1. Demam**

Biasanya subferbis menyerupai demam influenza, kadang – kadang panas badandapat mencapai 40 – 41 °C. Demam ini hilang timbul, sehingga penderita merasa tidakpernah terbebas dari serangan influenza.

#### **2. Batuk**

Gejala paling sering di temukan, batuk terjadi karena iritasi pada bronkus. Batuk –batuk ini di perlukan untuk membuang produk – produk radang keluar, sifat batuk dimulaidari batuk kering (non – produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadiproduktif (menghasilkan sputum) keadaan yang lanjut berupa batuk darah karena terdapatpembuluh darah yang pecah.

#### **3. Sesak nafas**

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum di rasakan sesak nafas karenasesak nafas akan di temukan pada penyakit yang sudah lanjut.

#### **4. Nyeri dada**

Gejala ini agak jarang di temukan, nyeri dada timbul bila influenza radang sudah sampai pleura sehingga menimbulkan pleuritis.

## 5. Malaise

Penyakit tuberculosis bersifat radang yang menahun, gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia, badan makin kurus (berat badan menurun) sakit kepala, panas dingin, nyeri otot dan keringat malam. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur (Corwin, Elisabeth J, 2001).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Sebelum ditemukan obat – obat anti tuberculosis, pengobatan tuberculosis mengalami beberapa tahapan yaitu:

#### a. Health Resort Era

Setiap penderita tuberculosis harus dirawat di sanatorium, yakni tempat-tempat berudara segar, suasana yang menyenangkan dan makanan yang bergizi tinggi

#### b. Bed – Rest Era

Dalam hal ini penderita tidak perlu dirawat di rumah sakit tetapi cukup diberi istirahat setempat terhadap fisiknya saja, disamping makanan yang bergizi tinggi.

#### c. Collapse therapy Era

Di sini cukup paru – paru yang sakit saja yang diistirahatkan dengan melakukan pneumothorax artificial. Paru – paru yang sakit menjadi kolaps dan tidak bias lagi aktif bekerja.

#### d. Resection Era

Paru – paru yang sakit dibuang dengan cara operasi. Bagian yang sakit dibuang dengan cara wedge resection, atau satu lobus.

#### e. Chemotherapy Era

Di sini terjadi revolusi dalam pengobatan tuberkulosis, yakni dengan ditemukannya streptomisin atau obat anti tuberkulosis mulai tahun 1944 dan bermacam – macam obat lainnya pada tahun – tahun berikutnya.

Tuberculosis Paru diobati terutama dengan agens kemotrapai (agensantituberkulosis) selama periode 6-12 bulan. Ada lima medikasi garis depan yang digunakan adalah:

##### 1. Rifampisin

a. Identitas: sediaan dasar yang ada adalah tablet dan kapsul 300 mg, 450 mg, 600 mg

b. Dosis untuk dewasa dan anak yang beranjak dewasa 600 mg satu kali sehari, atau 600 mg 2 – 3 kali seminggu. Rifampisin harus diberikan bersama dengan obat antituberkulosis lain. Bayi dan anak-anak, dosis diberikan dokter atau tenaga kesehatan lain berdasarkan atas berat badan yang diberikan satu kali sehari maupun 2-3 kali seminggu. Biasanya diberikan 7,5 – 15 mg per kg berat badan. Anjuran

Ikatan Dokter Anak Indonesia adalah 75 mg untuk anak < 10 kg, 150 mg untuk 10 – 20 kg, dan 300 mg untuk 20 -33 kg.

c. Di indikasikan untuk obat anti tuberkulosis yang dikombinasikan dengan anti tuberkulosis lain untuk terapi awal maupun ulang.

## 2. Streptomisin

a. Identitas: Sediaan dasar serbuk Streptomisin sulfat untuk Injeksi 1,5 gram tiap vial berupa serbuk untuk injeksi yang disediakan bersama dengan aqua pro Injeksi dan Sputum.

b. Dosis obat ini hanya digunakan melalui suntikan intra muskular, setelah dilakukan uji sensitivitas. Dosis yang direkomendasikan untuk dewasa adalah 15 mg per kg berat badan maksimum 1 gram setiap hari, atau 25- 30 mg per kg berat badan, maksimum 1,5 gram 2 – 3 kali seminggu. Untuk anak 20 – 40 mg per kg berat badan maksimum 1 gram satu kali sehari, atau 25 – 30 mg per kg berat badan 2 – 3 kali seminggu. Jumlah total pengobatan tidak lebih dari 120 gram.

c. Indikasi sebagai kombinasi pada pengobatan Tuberculosis Paru bersama isoniazid, Rifampisin, dan pirazinamid.

## 3. Isoniasid

a. Identitas sediaan dasarnya adalah tablet dengan nama generik Isoniazida 100 mg dan 300 mg tiap tablet.

b. Dosis untuk pencegahan, dewasa 300 mg satu kali sehari, anak-anak 10 mg per berat badan sampai 300 mg, satu kali sehari. Untuk pengobatan Tuberculosis Paru bagi orang dewasa disesuaikan. Dalam kombinasi, biasa dipakai 300 mg satu kali sehari, atau 15 mg per kg berat badan sampai dengan 900 mg, kadang-kadang 2 kali atau 3 kali seminggu. Untuk anak dengan dosis 10 - 20 mg per kg berat badan. Atau 20 – 40 mg per kg berat badan sampai 900 mg, 2 atau 3 kali seminggu.

c. Indikasi obat ini diindikasikan untuk terapi semua bentuk tuberkulosis aktif, disebabkan kuman yang peka dan untuk profilaksis orang berisiko tinggi mendapatkan infeksi. Dapat digunakan tunggal atau bersama-sama dengan anti tuberkulosis lain.

#### 4. Etambutol

a. Identitas sediaan dasarnya adalah tablet dengan nama generik Etambutol-HCl 250mg, 500 mg tiap tablet.

b. Dosis untuk dewasa dan anak berumur diatas 13 tahun, 15 -25 mg per kg berat badan Tuberculosis Paru, satu kali sehari. Untuk pengobatan awal diberikan 15 mg tiap kg berat badan, dan pengobatan lanjutan 25 mg per kg berat badan. Terkadang dokter juga memberikan 50 mg per kg berat badan sampai total 2,5 gram dua kali seminggu. Obat ini harus diberikan bersama dengan obat anti tuberkulosis lainnya. Tidak diberikan untuk anak dibawah 13 tahun dan bayi.

c. Indikasi, etambutol digunakan sebagai terapi kombinasi tuberkulosis dengan obat lain, sesuai regimen pengobatan jika diduga ada resistensi. Jika risiko

resistensi rendah, obat ini dapat ditinggalkan. Obat ini tidak dianjurkan untuk anak-anak usia kurang 6 tahun, neuritis optik, gangguan visual.

#### 5. Pirazinamid

- a. Identitas sediaan dasar Pirazinamid adalah Tablet 500 mg tiap tablet.
- b. Dosis dewasa dan anak sebanyak 15 – 30 mg per kg berat badan, satu kali sehari. Atau 50 – 70 mg per kg berat badan 2 – 3 kali seminggu. Obat ini dipakai bersamaan dengan obat anti tuberkulosis lainnya.
- c. Indikasi digunakan untuk terapi tuberkulosis dalam kombinasi dengan antituberkulosis lain (Amin Zsulkifli, Bahar Asril, 1990)

## **2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **2.2.1 Pengkajian Keluarga**

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. data dikumpulkan secara sistematis dan terus menerus dengan menggunakan alat pengkajian, pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Maglaya, 2009)

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dimana riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap dilakukan. Pengkajian merupakan tahap



pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya (Doenges & Marylin 2000).

Pengkajian keperawatan keluarga memiliki dua tahapan, pengkajian tahapan satu berfokus pada masalah kesehatan keluarga sedangkan pengkajian tahap dua menyajikan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Namun, dalam pelaksanaannya kedua tahapan ini dilakukan secara bersamaan. Berikut penjelasan mengenai masing-masing tahapan pengkajian

Variable data dalam pengkajian keperawatan keluarga mencakup:

1. Data Umum Kepala Keluarga

Data yang mencakup nama kepala keluarga, alamat lengkap (RT/RW, Desa, Kelurahan), nomor register, tanggal pengumpulan data, tipe keluarga (varian keluarga yang dikaji, status sosial ekonomi, ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Juga ditentukan oleh kebutuhan yang dikeluarkan keluarga serta barang-barang yang dimiliki keluarga).

2. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga beserta kendala atau masalah – masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut. Contoh: Keluarga Inti, Keluarga Besar.

3. Tahap Perkembangan Keluarga

Ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti. Contoh keluarga Bapak A mempunyai anak 2 orang, anak pertama berumur 7 tahun dan anak kedua berumur 4

tahun, maka keluarga Bapak A berada pada tahapan perkembangan keluarga dengan usia anak sekolah.

#### 4. Data Dasar Anggota Keluarga dan Status Kesehatan Anggota Keluarga

Data ini merupakan data dasar yang didasarkan pada pengkajian perawat berdasarkan pemeriksaan langsung. Pengkajian ditujukan pada seluruh anggota keluarga, bila anggota keluarga tidak ada pada saat pengkajian, dapat dilakukan pada kunjungan keluarga berikutnya. Isi dari data dasar anggota keluarga ini dapat diuraikan sebagai berikut: hubungan dengan kepala keluarga, umur, jenis kelamin, suku, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini. Status gizi meliputi pengukuran TB, BB, LILA, IMT/BMI dengan rumus  $BB \text{ (Kg)}/TB^2 \text{ (m}^2\text{)}$ , kemudian dilanjutkan dengan pengukuran TTV seperti TD, N, S, RR untuk masing-masing anggota keluarga. Status imunisasi pada berbagai kelompok umur seperti balita (5 imunisasi dasar lengkap), ibu hamil (imunisasi TT), dan lansia. Kemudian alat bantu yang digunakan oleh setiap anggota keluarga seperti: penggunaan gigi palsu, kaca mata, alat bantu dengar, kursi roda, kruk tongkat, walker, dll. Penampilan umum untuk setiap anggota keluarga seperti kondisi umum atau kondisi abnormal yang ditemukan pada saat proses pengkajian yang dapat dilihat atau diobservasi langsung oleh pemeriksa dan perlu diketahui untuk memperkirakan adanya masalah individu, misalnya (lesu, letih, lemah, konjungtiva pucat). Sedangkan untuk status kesehatan saat ini berisikan:

5. Uraian kondisi kesehatan anggota keluarga saat ini, misalnya (penyakit yang diderita, pengobatan yang pengobatan yang diperoleh, intervensi kesehatan lain yang telah diikuti).
6. Uraian kondisi kesehatan yang berkaitan dengan situasi khusus misalnya: kehamilan, nifas, bayi, lansia, masalah kesakitan.
7. Untuk riwayat penyakit/ alergi: penyakit yang pernah dialami oleh setiap anggota keluarga, dan riwayat alergi jika ada. Sedangkan analisa masalah kesehatan: Berisikan tentang kesimpulan pemeriksa, berdasarkan hasil pemeriksaan terhadap anggota keluarga tersebut.
8. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.
9. Aktivitas rekreasi keluarga

Meliputi kebiasaan keluarga mengunjungi tempat – tempat rekreasi, juga menonton TV dan mendengarkan radio.
10. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan tentang tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
11. Riwayat kesehatan keluarga inti

Meliputi riwayat kesehatan masing – masing anggota keluarga dan sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman – pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

12. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Riwayat kesehatan keluarga suami dan istri terutama penyakit keturunan atau penyakit menular.

13. Faktor lingkungan atau karakteristik rumah

Meliputi luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, ventilasi rumah, pencahayaan rumah, saluran buang air limbah, jamban, tempat sampah, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah tangga, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan. Harus ada denah rumah.

14. Perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga

15. Karakteristik tetangga dan komunitas RT/RW

Meliputi karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat termasuk kebiasaan, atauran kebiasaan setempat, dan budaya setempat.

16. Mobilitas geografis keluarga

Ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat dari satu tempat ke tempat lain.

17. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Meliputi waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat

#### 18. Sistem pendukung keluarga

Merupakan jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas – fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan.

#### 19. Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara komunikasi antar anggota keluarga meliputi: cara menyelesaikan masalah, cara mengutarakan perasaan ataupun dapat, respon terhadap komunikasi, serta bahasa yang dipakai dalam komunikasi.

#### 20. Struktur kekuatan keluarga

Merupakan kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.

#### 21. Struktur peran

Menjelaskan peran tiap masing – masing anggota keluarga (formal dan informal). Formal merupakan posisi peran formal anggota keluarga sedangkan peran informal posisi peran keluarga dalam masyarakat.

#### 22. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai dan norma yang dianut oleh keluarga, yang berhubungan dengan kesehatan.

#### 23. Fungsi keluarga

Fungsi Afektif: menjelaskan bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana mengembangkan sikap saling menghargai, mendukung satu sama lain. Fungsi sosialisasi: interaksi atau hubungan dalam anggota keluarga, sejauhmana

anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku. Fungsi reproduksi: jumlah anak, bagaimana rencana keluarga tentang jumlah anak, metode KB yang dipakai. Fungsi ekonomi: kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan. Fungsi pendidikan: upaya yang dilakukan keluarga dalam pendidikan selain upaya yang diperoleh dari sekolah atau masyarakat. Fungsi religius: menjelaskan tentang kegiatan keagamaan yang dipelajari dan dijalankan oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan. Fungsi rekreasi: menjelaskan kemampuan keluarga dan kegiatan keluarga untuk melakukan rekreasi secara bersama baik di luar maupun didalam rumah, juga tentang kuantitas yang dilakukan. Fungsi perawatan kesehatan dalam keluarga: mengenal masalah kesehatan tiap anggota keluarga, mengambil keputusan mengenai masalah kesehatan setiap anggota keluarga, kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, bagaimana cara anggota keluarga yang lain dalam memodifikasi lingkungan yang baik bagi anggota keluarga yang sakit, sejauh mana anggota keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk anggota keluarga yang sakit.

#### 24. Stres dan coping keluarga

Meliputi stresor jangka pendek (stres yang dialami keluarga <6 bulan), stresor jangka panjang (stres yang dialami keluarga >6 bulan), kemampuan keluarga dalam berespon terhadap stresor, strategi coping keluarga dalam menghadapi stresor, strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga dalam menghadapi stresor.

#### 25. Harapan keluarga

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan.

#### 26. Pemeriksaan fisik anggota keluarga

Untuk pemeriksaan fisik dilakukan terhadap semua anggota keluarga terutama anggota keluarga yang sakit.

#### 2.1.2. Diagnosa keperawatan

Untuk perumusan masalah keperawatan keluarga berpedoman pada *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC (PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015)*. Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada keluarga dengan penderita TB paru yaitu:

**Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan**

Kode	Rumusan diagnosa keperawatan
00072	Ketidakmampuan koping keluarga
00099	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
00063	Gangguan proses keluarga

*Sumber: Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas (IPKKI, 2015).*

### 2.1.3. Intervensi Keperawatan

Untuk penyusunan intervensi keperawatan keluarga berpedoman pada *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC (PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015)*. Diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada keluarga dengan penderita TB paru yaitu:

**Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi**

Data	Diagnosis keperawatan		NOC		NIC	
	Kode	Diagnosis	Kode	Hasil	Kode	Hasil
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga membatasi interaksi dengan pasien</li> <li>• Pengabdian terhadap pasien</li> <li>• Keluarga mengabaikan perawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia</li> <li>• Perilaku keluarga yang mengganggu kesejahteraan</li> <li>• Keluarga tidak</li> </ul>	00073	Ketidakmampuan koping keluarga	1803	Mampu mengenal masalah: Pengetahuan: proses penyakit	5510 5602	Mampu mengenal masalah: Pendidikan kesehatan Pengajaran proses penyakit
			1855 1808 1805 1862	Healthy life style Pengobatan Fungsi seksual Management stress		
			1606	Keluarga mampu mengambil keputusan: Berpatisipasi dalam membuat keputusan	5250	Keluarga mampu mengambil keputusan: Dukungan dalam membuat keputusan



<p>menghormati kebutuhan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada penolakan oleh anggota keluarga lain terhadap klien</li> <li>• Keluarga kurang memperhatikan penyakitnya</li> <li>• Keluarga mengungkapkan kesulitan untuk mendapatkan regimen terapeutik</li> <li>• Keluarga tidak mengetahui aktifitas yang tepat untuk memnuhi tujuan kesehatan</li> <li>• Status ekonomi keluarga yang kurang</li> <li>• Pelayanan kesehatan sulit terjangkau</li> </ul>				tentang pemeliharaan kesehatan		
			2204	<p>Keluarga mampu merawat:</p> <p>Membina hubungan dalam perawatan pasien</p>	<p>5230</p> <p>5240</p> <p>5270</p> <p>5430</p>	<p>Keluarga mampu merawat:</p> <p>Peningkatan coping</p> <p>Konseling</p> <p>Dukungan emosional</p> <p>Dukungan kelompok</p>
			<p>1501</p> <p>1502</p> <p>1902</p>	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <p>Menunjukan perannya</p> <p>Keterampilan interaksi social</p> <p>Control resiko</p>	<p>7040</p> <p>7130</p> <p>7140</p> <p>7150</p>	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:</p> <p>Dukungan terhadap pemberian perawatan</p> <p>Pemeliharaan proses keluarga</p> <p>Dukungan keluarga</p> <p>Terapi keluarga</p>

			1603	Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan: Perilaku pencarian kesehatan	7910 8100	Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan: Konsultasi Rujukan
			3000	Kepuasan klien	7960	Pedoman system kesehatan
			3003	Kepuasan klien: keperawatan berkelanjutan		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga membatasi interaksi dengan pasien</li> <li>• Pengabdian terhadap pasien</li> <li>• Keluarga mengabaikan perawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia</li> <li>• Perilaku keluarga yang mengganggu</li> </ul>	00099	Ketidak efektifan pemeliharaan kesehatan	1847	Keluarga mampu mengenal masalah: Manajemen penyakit kronis	5510	Keluarga mampu mengenal masalah: Penkes proses penyakit yang dialaminya
			1803	Pengetahuan tentang proses penyaki		
			1606	Keluarga mampu memutuskan: Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan	4700 5250	Keluarga mampu memutuskan: Restrukturisasi kognitif Dukungan pembuatan

kesejahteraan				kesehatan	5310	keputusan
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga tidak menghormati kebutuhan klien</li> <li>Ada penolakan oleh anggota keluarga lain terhadap klien</li> <li>Keluarga kurang memperhatikan penyakitnya</li> <li>Keluarga mengungkapkan kesulitan untuk mendapatkan regimen terapeutik</li> <li>Keluarga tidak mengetahui aktifitas yang tepat untuk memnuhi tujuan kesehatan</li> <li>Status ekonomi keluarga yang kurang</li> </ul>				Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami TBC:		Membangun harapan
			0414	Status cardiuopulmonal	3140	Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami TBC:
			0401	Status sirkulasi	3230	Manajemen jalan napas
			0410	Status respirasi:	3250	Fisioterapi dada
				kepatenan jalan napas	3320	Latihan batuk
			0402	Status respirasi:	3350	Terapi oksigen
				pertukaran gas	5602	Monitoring pernafasan
			0802	Vital sign	6040	Mengajarkan proses penyakit
			1601	Perilaku kepatuhan	2380	Terapi relaksasi
						Management pengobatan
				Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:		Keluarga mampu memodifikasi lingkungan:
			1902	Pengendalian factor risiko	6610	Identifikasi factor resiko
			1910	Lingkungan rumah yang	6550	Pencegahan infeksi

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan kesehatan sulit terjangkau</li> <li>• Penurunan ketrampilan dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit</li> <li>• Tidak terpenuhi kebutuhan dasar oksigenasi anggota keluarga yang sakit</li> <li>• Perilaku kurang adaptif terhadap perubahan lingkungan</li> <li>• Perilaku kurang dalam mencari bantuan kesehatan</li> <li>• Perilaku kurang dalam melakukan upaya pencegahan penularan TBC pada anggota keluarga yang lain</li> </ul>				aman		
			3000	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:	7910	Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan:
			3005	Kepuasan pasien: akses menuju sumber pelayanan	8100	Konsultasi
				Kepuasan pasien: bingtuan fungsional		Rujukan

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat</li> <li>• Ketidacukupan sumber daya (tenaga, sarana, dan keuangan)</li> <li>• Kurang kemampuan dalam berkomunikasi</li> <li>• Tugas perkembangan tidak tercapai</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan dalam tugas yang ditetapkan</li> <li>• Perubahan dalam ketersediaan untuk dukungan emosi</li> <li>• Perubahan dalam perubahan komunikasi</li> <li>• Perubahan dalam</li> </ul>	00063	Gangguan proses keluarga	2606	Keluarga mampu mengenal masalah: Keluarga sejahtera	5520 5250	Keluarga mampu mengenal masalah: Fasilitas proses belajar Dukungan membuat keputusan Membangun harapan
			1606	Mengambil keputusan: Berpatisipasi dalam memutuskan perawatan	5540	Mengambil keputusan: Learning readiness enhancement

ketersediaan untuk menunjukkan respons kasih sayang <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengurangi kontak fisik</li> </ul>				kesehatan	5250	Dukungan membuat keputusan
					5310	Membangun harapan
			2602	Kemampuan merawat: Fungsi keluarga	4360	Kemampuan merawat: Modifikasi perilaku
			2603	Integritas keluarga	7100	Peningkatan integritas keluarga
			2609	Dukungan keluarga selama perawatan	7130	Mempertahankan proses keluarga
			2009	Kemampuan memodifikasi lingkungan:	4350	Kemampuan memodifikasi lingkungan: Management perilaku
			1501	Status kenyamanan: lingkungan Menunjukkan perannya		
			3000	Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan: Kepuasan pasien: akses menuju sumber pelayanan	4480	Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan: Memfasilitasi tanggung jawab diri

#### **2.1.4.Implementasi keperawatan**

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang mengasuh keluarga sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan anggota keluarga.

#### **2.1.5.Evaluasi keperawatan**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan keluarga agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan.

## **BAB III**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 HASIL STUDI KASUS**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan oleh Sherly Ivona Illu dengan auto anamnesis pada hari sabtu tanggal 25 Mei 2019. Berawal dari puskesmas kemudian berlanjut di rumah keluarga Tn. T.R.M Jln.Jeruk no 8, RT 018/RW 08, kelurahan Maulafa.

##### **3.1.1.1 Data umum keluarga**

Pengkajian dilakukan pada keluarga Tn.T.R.M. pendidikan terakhir tamat SMA, alamat rumah Jln. Jeruk, kelurahan Maulafa, Agama Krisen Protestan, suku rote, bahasa yang digunakan setiap hari adalah bahasa Indonesia, pekerjaan Tn. T.R.M. Pensiunan, jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat 1 km, alat transportasi yang digunakan adalah kendaraan bermotor.

##### **1. Data anggota keluarga**

Tn.T.R.M. sebagai kepala keluarga berumur 67 tahun, berjenis kelamin laki-laki, suku Rote, pendidikan terakhir SMA, Pensiunan. Status gizi: TB: 165 cm, BB: 45 kg, hasil TTV: TD:110/70 mmHg, Nadi:84 x/menit, Suhu:37,2<sup>0</sup>C, pernapasan: 18 x/menit. Tidak menggunakan alat bantu.

An. A.M. sebagai anak ke 1, berumur 38 tahun, berjenis kelamin perempuan suku Rote, pendidikan terakhir SLTA, ibu rumah tangga, status gizi TB: 158cm, BB: 65kg, hasil TTV: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/Menit, suhu: 36<sup>0</sup>c, pernapasan: 20x/menit. Tidak menggunakan alat bantu



An. E.M. sebagai anak ke dua berumur 36 tahun, berjenis kelamin Perempuan, suku Rote, pendidikan terakhir SMA, Swasta, status gizi TB: 158cm, BB: 49 kg, hasil TTV: TD: 110/70mmHg, Nadi: 80x/Menit, suhu: 36,4<sup>0</sup>c, pernapasa: 18x/menit. Tidak menggunakan alat bantu

An. N.P. sebagai anak mantu, umur 40 tahun, agama kristen protestan, suku Rote, pekerjaan sopir, tidak menggunakan alat bantu

An. Y.P. cucu ke 1, umur 17 tahun, SMA, Pelajar. tidak menggunakan alat bantu.

An.F.P.cucu ke 2 umur 12 tahun, pendidikan SD, pekerjaan pelajar, tidak menggunakan alat bantu

An. S.P cucu ke 3. umur 11 tahun pelajar , riwayat imunisasi lengkap

An. D.P. umur 4 bulan batita, status gizi BB, 4,5kg, imunisasi baru DPT-HIB 2 polio 3.

An.O.M. umur 11 tahun pelajar, ,imunisasi lengkap

## 2. Status Kesehatan

Tn. T.R.M. dengan penampilan umum wajah simetris kesadaran composmentis. Status kesehatan saat ini batuk sesekali dahak sedikit. Tn. T.R.M. tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, dan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, minuman dan obat-obatan. Analisis masalah kesehatan individu Tn. T.R.M. menderita TB Paru positif

An. A.M. dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran composmentis, wajah Nampak segar, konjungtiva tidak anemis. Status kesehatan saat ini sehat,

An. E.M. dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran composmentis, status kesehatan saat ini tidak ada keluhan dan dalam keadaan sehat

An. N.P, dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran composmentis, status kesehatan saat ini tidak ada keluhan dan dalam keadaan sehat.

An. Y.P. dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran composmentis, wajah Nampak segar. Status kesehatan saat ini sehat,

An. F.P. dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran composmentis, status kesehatan saat ini tidak ada keluhan dan dalam keadaan sehat

An.S.P. dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran composmentis, status kesehatan saat ini tidak ada keluhan dan dalam keadaan sehat.

An.D.P. dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran composmentis, status kesehatan saat ini tidak ada keluhan dan dalam keadaan sehat.

An.O.M. dengan penampilan umum wajah simetris, kesadaran compos mentis, status kesehatan saat ini tidak ada keluhan dan dalam keadaan sehat.

### 3. Pengkajian fisik anggota keluarga yang sakit

Tn. T.R.M. menderita TB paru sejak bulan maret 2019, awalnya Tn.T.R.M mengeluh batuk berdahak, batuk bercampur darah, berkeringat di malam hari, nafsu makan menurun dan BB menurun, karena tidak ada perubahan keluarga membawa Tn.T.R.M berobat ke puskesmas sikumnadan hasil pemeriksaan sputum BTA di nyatakan positive TBC oleh dokter dan mendapatkan obat anti tuberculosis kategori 1: RHZE 1x1 selama 6 bulan.

Saat dikaji keadaan umum, kesadaran composmentis dan GCS 15. Status gizi: TB: 165 cm, BB: 45 kg, hasil TTV: TD:110/70 mmHg, Nadi:84 x/menit, Suhu: 37,2<sup>0</sup>C, pernapasan: 18

x/menit. Tidak menggunakan alat bantu. Wajah Nampak pucat, konjungtiva anemis, batuk berdahak, cepat merasa lelah jika melakukan aktifitas.

#### 4. Tipe keluarga

Tipe keluargayaitu communefamily (beberapa keluargahidup bersama dalam satu rumah, sumber sama pengalaman sama) yang terdiri dari Tn.T.R.M. yang berperan sebagai kepala keluarga yang berusia 67 tahun dan 2 orang anak kandung yang terdiri dari 2 anak perempuan, 5 cucu laki-laki, dan 1 menantu laki-laki.

#### 5. Status sosial ekonomi keluarga

Ekonomi dalam keluarga ini tergolong cukup, bisa makan tiga kali sehari, membiayai anak sekolah serta cukup untuk biaya pengobatan keluarga dan sumber pendapatan keluarga didapat dari kedua anak perempuan dan menantu.

#### 6. Aktivitas rekreasi keluarga

Keluarga Jalan – jalan ke pantai seminggu sekali, dan keluarga sering menonton TV di ruangan masing-masing, Tn.T.R.M setiap pagi melakukan aktifitas seperti jalan-jakan pagi sendiri.

### **3.1.1.1 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga**

Tahap perkembangan keluarga saat ini, keluarga Tn. T.R.M adalah tahap VI yaitu keluarga dengan anak usia dewasa.

### **3.1.1.2 Data lingkungan**

Keluarga Tn. T.R.M tinggal di rumah milik sendiri dengan luas bangunan rumah 6m x 11m (66 m<sup>2</sup>) dan ada pekarangan seluas 66 m<sup>2</sup>. Jenis bangunan rumah permanen lantai semen

kasar, terdapat 1 ruang tamu, 3 kamar tidur, 1 ruang keluarga, 1 dapur dan 1 kamar mandi + wc. Kondisi rumah kurang bersih, Terdapat jendela disetiap ruangan dan rumah terdapat ventilasi dantetapi rumah belum di pasang flafon sehingga, dan berdebu. Pencahayaan rumah di siang hari cukup dan pada malam hari penerangan memakai listik dengan bola lampu neon sebanyak 2 buah didalam rumah untuk penerangan. Mempunyai saluran pembuangan air limbah. Keluarga menggunakan air bersih dari PAM tertutup untuk kebutuhan sehari-hari, jamban keluarga memenuhi syarat berjenis kloset. Keluarga tidak mempunyai tempat pembuangan sampah sehingga sampah langsung di bakar dibelakang rumah. Denah rumah Tn. T.R.M. (terlampir).

Keluarga Tn.T.R.M tinggal di lingkungan yang padat penduduk, rumah kurang rapih dan kurang bersih, tidak ada banyak tanaman didepan rumah dan halaman rumah berdebu, umumnya tetangga memiliki suku yang berbeda-beda, tidak ada kesulitan dalam kehidupan sehari-hari, hubungan dengan tetangga baik, keluarga juga ikut aktif dalam kegiatan rohani dan kegiatan RT dalam kelompok masyarakat.

Keluarga Tn. T.R.M. sudah tinggal di lingkungan komunitas tersebut sejak tahun 1987 dan tidak berpindah- pindah tempat. Tn T.R.M. semenjak sakit tetap melakukan aktifitas seperti biasa. Tn. T.R.M. kadang duduk didalam rumah atau menonton televisi. Keluarga Tn. T.R.M. aktif berinteraksi dengan masyarakat sekitar, aktif dalam ibadah kelompok, dan selalu ikut dalam kegiatan yang di laksanakan di RT/RW seperti kerja bakti. Keluarga nampak harmonis. Anggota keluarga lain dalam keluarga saling mendukung bila ada masalah. Keluarga tidak memiliki tabungan di Bank dan semua anggota keluarga memiliki kartu JKN untuk keperluan kesehatan.

### **3.1.1.3 Perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga**

Keluarga Tn. T.R.M. selalu menggunakan air bersih untuk makan dan minum serta untuk kebutuhan lainnya dari PAM. Keluarga Tn. T.R.M. selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah makan dan setelah BAB dengan menggunakan air keran. Keluarga Tn. T.R.M. setiap hari mengkonsumsi nasi, sayur, tahu, tempe, kadang-kadang ikan atau telur, jarang mengkonsumsi buah. Tn. T.R.M. semenjak sakit, setiap harinya melakukan aktivitas seperti biasa. Keluarga Tn. T.R.M. mengumpulkan sampah pada tempat kantong plastic atau karung dan langsung dibakar dibelakang rumah, pernah membersihkan tempat penampungan air seminggu sekali.

#### **3.1.1.4 Struktur keluarga**

Tn. T.R.M. sebagai kepala keluarga, dan juga sebagai bapak dari kedua anaknya, serta kelima cucu dan satu menantu, dalam mencari nafkah sehari – hari Tn. T.R.M. dibantu oleh menantu, dan anak perempuannya sekaligus berperan sebagai ibu rumah tangga dalam keluarga. Tn. T.R.M. bersuku Rote, anak mantunya bersuku Rote. Dalam keluarga terdiri dari satu agama, dan tidak ada nilai-nilai tertentu dan nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan karena menurut keluarga kesehatan merupakan hal yang penting. Pola komunikasi efektif. Cara berkomunikasi yang sering diterapkan dalam keluarga yaitu secara langsung dalam komunikasi, yang paling dominan adalah Tn. T.R.M, dengan menggunakan bahasa Indonesia. Interaksi yang berlangsung biasanya hanya sebentar. Tidak ada konflik dalam keluarga tentang pola interaksi. Tn. T.R.M, atau bapak, anak pertama, anak kedua, serta anak mantu dan cucu-cucu.

### **3.1.1.5 Fungsi Keluarga**

#### **1. Fungsi Ekonomi**

Dengan penghasilan dari kedua anak perempuan dan menantu sebanyak satu juta sampai dua juta keluarga merasa cukup untuk makan, pakian, membiayai anak sekolah serta bisa membiayai pengobatan.

#### **2. Fungsi Sosialisasi**

Keluarga aktif bersosialisasi dengan tetangga disekitar rumah atau jika ada tetangga yang datang kerumah. Tn. T.R.M. juga mampu bersosialisasi baik dengan anak pertama, anak kedua, serta anak mantu, dan cucu.

#### **3. Fungsi Pendidikan**

Tn. T.R.M. selalu menasehati dan mendukung anak untuk membiayai cucu-cucu bersekolah sampai keperguruan tinggi agar bisa mendapatkan pekerjaan yang layak kedepannya.

#### **4. Fungsi Religius**

Tn. T.R.M. sebagai orang yang beriman akan Tuhan, taat dalam beribadat dan tiap minggu keluarga selalu ke gereja, dan mengikuti ibadah keluarga serta kelompok doa sesuai jadwal.

#### **5. Fungsi Rekreasi**

Tn. T.R.M. menjalankan fungsi rekreasi dengan cara rileks sambil menonton TV di rumah, sedangkan aktivitas rekreasi bersama di luar rumah jarang dilakukan karena alasan kesibukan masing-masing anggota keluarga biasanya hanya sesekali ke pantai bersama anak-anak dan cucu.

#### 6. Fungsi Reproduksi

Tn. T.R.M. mempunyai dua orang anak perempuan. Istri Tn. T.R.M sudah meninggal dunia sejak tahun 2016. Tn T.R.M. adalah seorang duda.

#### 7. Fungsi Afeksi

Keluarga telah menjalankan fungsi kasih sayang dengan baik, saling memperhatikan dan membantu satu sama lain. Keluarga tidak membedakan kasih sayang diantara anggota keluarga.

#### 8. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Tn. T.R.M mengetahui bahwa ia sakit Tuberculosis paru, namun belum mampu mengenal masalah TB paru dengan baik. Saat ditanya apa itu penyakit TB paru, penyebab, tanda dan gejala, factor-faktor yang mempegaruhi TB paru, Tn. T.R.M menjawab bahwa TB paru adalah penyakit yang menyerang paru-paru yang disebabkan karna bakteri dengan tanda dan gejala batuk-batuk berdarah dan factor yang mempegaruhi lainnya Tn. T.R.M mengatakan tidak tahu. Saat ditanyakan tanda dan gejala dari TB paru Tn. T.R.M hanya menjawab batuk-batuk berdarah.

Keluarga Tn. T.R.M sudah mampu mengambil keputusan yang tepat saat Tn. T.R.M sakit. Tn. T.R.M langsung pergi berobat kepuskesmas dan mengkonsumsi obat secara teratur.

Keluarga Tn. T.R.M belum bisa melakukan upaya perawatan untuk anggota keluarga yang sakit. Keluarga mengatakan: mereka jarang makan buah- buahan atau makanan bergisi keluarga juga tidak tahu kalau penyakit TBC bisa menular lewat udara jadi selama ini Tn. T.R.M jarang menggunakan masker jika bersosialisasi dengan anggota keluarga lainnya, dan membuang dahak

atau lendir di sembarang tempat. Selama ini keluarga tidak pernah pisah piring makannya Tn. T.R.M karena tidak tahu akibatnya.

Keluarga dan Tn.T.R.M tidak mengetahui sumber-sumber disekitar rumah yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan. Tn.T.R.M mengatakan manfaat pemeliharaan lingkungan adalah agar lingkungan tampak bersih dan sehat namun pada saat dikaji, rumah Tn.T.R.M tampak tidak bersih, lantai dan perabot rumah tampak berdebu dan jendela selalu ditutup. Rumah Tn.T.R.M Jarang sekali dibersihkan.

Keluarga sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan. Keluarga mengatakan: jika kalau ada yang sakit dalam rumah langsung dibawa pemeriksaan di puskesmas untuk mendapatkan pengobatan Tn. T.R.M juga rutin pergi puskesmas untuk kontrol dan ambil obat TBC setiap 1 minggu sekali, tetapi kadang-kadang anak ke dua yang membantu Tn.T.R.M untuk ke puskesmas dan mengambil obat lanjutan.

#### **3.1.1.6 Stres dan koping keluarga**

Stresor jangka pendek: Tn.T.R.M. merasa mual saat menelan obat (OAT) karena obatnya berukuran besar, dan jumlahnya banyak. Jangka Panjang: Stres karena kepergian istri dari Tn.T.R.M. dan ibu dari anak – anak.

Kekuatan keluarga: keharmonisan dan kerukunan keluarga menjadi kekuatan keluarga ditambah dukungan dalam doa. Kemampuan keluarga berespon terhadap stresor: Tn. T.R.M selalu berdoa jika ada masalah yang dihadapi dan menyerahkannya pada Tuhan. Strategi koping yang digunakan: berdoa, diskusi bersama keluarga, dan meminta bantuan dari keluarga



lain.Strategi adaptasi disfungsional: Tn.T.R.M mengatakan saat ia sedang dalam keadaan emosi yang biasa ia lakukan ialah bicara dengan suara keras.

#### **3.1.1.7 Harapan keluarga**

Keluarga Tn. T.R.M. memiliki harapan yang besar agar semua anggota keluarga selalu sehat terkhususnya Tn. T.R.M. bisa sembuh dan sehat seperti dulu lagi.

#### **3.1.1.8 Kriteria kemandirian keluarga**

Keluarga Tn. T.R.M. berada pada kemandirian tingkat 3, karena keluarga mampu menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan dengan benar, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan dan menggunakan fasilitas kesehatan.

### **3.1.2 Diagnosa keperawatan**

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan akan dilakukan analisa data pada keluarga Tn. T.R.M dengan anggota keluarga menderita TB paru yaitu:

Data subyektif: Saat ditanya penyakit TB paru, penyebab, tanda dan gejala, factor-faktor yang mempegaruhi TB paru, Tn. T.R.M menjawab bahwa TB paru adalah penyakit yang menyerang paru-paru yang disebabkan karna bakteri dengan tanda dan gejala batuk-batuk berdarah dan factor yang mempegaruhi lainnya Tn. T.R.M mengatakan tidak tahu. Saat ditanyakan tanda dan gejala dari TB paru Tn. T.R.M hanya menjawab batuk-batuk berdarah.

Data obyektif: Keluarga tampak kurang mengerti tentang apa itu TB paru, penyebab dan tanda gejala TB paru, keluarga kurang mengetahui bahaya/dampak dari TB paru.

Dari hasil analisa data hubungan dengan data subjektif, data objektif dan batas karakteristik maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu ketidakefektifan perilaku kesehatan terdapat dalam domain 1 promosi kesehatan, kelas 2 manajemen kesehatan dengan kode 00099.

Berdasarkan Hasil Analisa Data maka ditegakan diagnosa Keperawatan Keluarga Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga.

Prioritas Diagnosa

Hasil pembobotan skor dari 4 kriteria diperoleh :

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan kode 00099. Kriteria :

a.) sifat masalah : tidak/kurang sehat, skor : 3, bobot : 1, perhitungan  $3/3 \times 1 = 1$ , pembenaran Tn.T.R.M Sudah menderita TBC. b.) kemungkinan masalah dapat diubah : sebaian, skor : 1, bobot : 2, perhitungan  $1/2 \times 2 = 1$ , pembenaran kurangnya pengetahuan tentang penyakit dari Tn.T.R.M dan kebiasaan Tn.T.R.M yang bisa menimbulkan masalah kesehatan. c.) potensial masalah untuk dicegah : cukup. skor 2, bobot 1, perhitungan  $2/3 \times 1 = 0,6$ , pembenaran : masalah kesehatan sudah terjadi tetapi pencegahan belum maksimal. d.) menonjolnya masalah : masalah berat, harus segera ditangani. skor : 2, bobot 1, perhitungan  $2/2 \times 1 = 1$ , pembenaran : keluarga menganggap masalah besar dan perlu penanganan segera. sehingga total bobot 3,6.

Dari perhitungan prioritas masalah keperawatan keluarga diatas dapat diambil kesimpulan : prioritas masalah keperawatan keluarga pada Tn.T.R.M ,dengan TBC adalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga.

### 3.1.3 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga Tn. T.R.M adalah ketidakefektifan perilaku kesehatan. Penyusunan intervensi keperawatan bersama keluarga pada diagnose keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan didapatkan ada 2 tujuan yang menjadi masalah yaitu: pertama, keluarga mengenal masalah kesehatan. Kedua, keluarga mampu merawat anggota keluarga secara tepat yang mengalami gangguan kesehatan.

TUK 1: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) keluarga mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil: domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas S tentang pengetahuan tentang kesehatan dengan luaran: pengetahuan proses penyakit dengan kode 1803 yaitu pemahaman tentang proses penyakit TB paru dan komplikasinya, meningkat dari 2 (pengetahuan terbatas) menjadi 4 (pengetahuan banyak). Dengan empat indikator yaitu: pertama, tanda dan gejala komplikasi penyakit kode 180310. Kedua, tanda dan gejala penyakit kode 180306. Ketiga, faktor-faktor penyebab yang berkontribusi kode 180303. Keempat, faktor resiko kode 180304.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) keluarga mampu mengenal masalah kesehatan domain 3 tentang perilaku, kelas S tentang pendidikan kesehatan dengan intervensi yaitu: pengajaran proses penyakit kode 5602. Aktivitas yang ditetapkan yaitu: Identifikasi tingkat pengetahuan keluarga tentang proses penyakit, mengulang kembali pengetahuan keluarga tentang keadaan penyakit, jelaskan tanda dan gejala umum tentang penyakit, identifikasi factor penyebab penyakit, berikan informasi tentang keadaan penyakit, identifikasi tentang perubahan

fisik akibat penyakit, diskusikan perubahan gaya hidup lebih sehat untuk mencegah komplikasi, instruksikan keluarga untuk mengontrol tanda dan gejala penyakit.

TUK 3: NOC (*Nursing Outcomes Classification*) keluarga mampu memberikan perawatan dengan kriteria hasil: penulis mengambil pada domain 4 tentang pengetahuan kesehatan dan perilaku, kelas Q tentang perilaku sehat kode 1600 yaitu tindakan individu dalam meningkatkan atau memperbaiki kesehatan dengan meningkat dari 2 (jarang dilakukan) menjadi 4 (sering dilakukan). Dengan empat indikator yaitu: pertama, mencari informasi kesehatan dari berbagai sumber kode 160002. Kedua, mempertimbangkan resiko/keuntungan dari perilaku sehat kode 160004. ketiga, melakukan aktifitas harian sesuai dengan kebutuhan kode 160011. Keempat, melakukan monitor sendiri mengenai status kesehatan secara mandiri kode 160014.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) keluarga mampu memberikan perawatan domain 2 tentang fisiologi: kompleks, kelas H tentang manajemen obat-obatan dengan tiga intervensi yaitu: pertama, skrining kesehatan kode 5602. Aktifitas yang ditetapkan yaitu: ukur tekanan darah, tinggi badan, berat badan, kolesterol dan gula darah yang sesuai, berikan informasi tentang pemeriksaan diri yang tepat selama skrining dan berikan hasil skring kepada pasien. Kedua, manajemen obat dengan kode 2380. Aktifitas yang diambil yaitu: tentukan obat apa yang diperlukan dan kelola menurut askep dan atau protocol, tentukan kemampuan pasien untuk mengobati diri sendiri dengan cara yang tepat, ajarkan pasien dan atau anggota keluarga mengenai tindakan dan efek samping yang diharapkan dari obat, berikan pasien dan atau anggota keluarga mengenai informasi tertulis dan visual untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang tepat. Dan ketiga, manajemen nutrisi dengan kode 1100. Aktifitas yang

ditetapkan yaitu: tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien, atur diet yang diperlukan bagi pasien, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit.

#### **3.1.4. Implementasi keperawatan**

Menurut teori Elgar Dale ( 1993 ) membagi alat bantu pendidikan menjadi sebelas macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut di dalam sebuah kerucut yang menjadi lapisan yang paling dasar yaitu menggunakan benda asli.

Pada kasus keluarga Tn. T.R.M. tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah keluarga dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan di keluarga pada keluarga Tn. T.R.M. yaitu:

##### **1. Kunjungan rumah hari pertama (Senin, 27/05/2019 pukul 14.00 WITA)**

Implementasi yang dilakukan adalah TUK 1 yaitu: memberikan pendidikan tentang proses penyakit dan penanganan/perawatan TB paru, memberikan pendidikan tentang diet tinggi kalori tinggi protein yang tepat untuk pasien TB paru, memberikan pendidikan tentang pengobatan. TUK 3 yaitu: melakukan pemeriksaan tekanan darah pada semua anggota keluarga Tn. T.R.M, memberikan pendidikan Tn. T.R.M. tentang cara mempersiapkan makanan yang baik (menyiapkan diet tinggi kalori tinggi protein). mengajarkan pembuatan tempat pembuangan dahak.

##### **2. Kunjungan rumah hari kedua (Selasa, 28/05/2019 pukul 10.00 WITA).**

Implementasi yang dilakukan adalah TUK 1 yaitu: mengulang kembali pengetahuan tentang proses penyakit dan penanganan/perawatan TB paru, mengulang kembali pengetahuan tentang diet tinggi kalori tinggi protein yang tepat untuk pasien TB paru, mengulang kembali

pengetahuan tentang pengobatan. TUK 3 yaitu: melakukan pemeriksaan tekanan darah pada semua anggota keluarga Tn. T.R.M. memberikan pendidikan tentang cara penggunaan masker dan cara pencegahan penularan TB paru.

3. Kunjungan rumah hari ketiga (Rabu, 29/05/2019 pukul 11.00 WITA).

Implementasi yang dilakukan adalah TUK 1 yaitu: mengulang kembali pengetahuan tentang proses penyakit dan penanganan/perawatan TB paru, mengulang kembali pengetahuan tentang diet tinggi kalori tinggi protein yang tepat untuk pasien TB paru, mengulang kembali pengetahuan tentang pengobatan. TUK 3 yaitu: melakukan pemeriksaan tekanan darah pada anggota keluarga Tn. T.R.M. mengulang kembali pengetahuan tentang cara penggunaan masker dan cara pencegahan penularan TB paru. Dan mengulang kembali pengetahuan tentang batuk efektif.

*Dokumentasi tindakan (terlampir).*

### **3.1.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi hari terakhir tanggal 30 Mei 2019 terkait dengan keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada keluarga Tn. T.R.M. selama  $\pm$  3 hari; pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan hasil evaluasi formatif didapatkan sebagai berikut:

Data subyektif: Tn. T.R.M. mengatakan: “saya sudah mengerti tentang TB paru, tuberculosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TBC yaitu mycobacterium tuberculosis yang menyerang paru. tanda gejala batuk lebih dari tiga minggu, sesak nafas dan nyeri dada, keringat di malam hari, berat badan menurun, nafsu makan berkurang, dahak bercampur darah, demam meriang lebih dari satu bulan. Dia pung cara penularan pada saat batuk atau bersin tidak

memakai masker atau menutup mulut maka kuman menyebar ke udara dan masuk kesaluran pernapasan orang sehat. Cara pencegahan tidak membuang lendir atau ludah disembarang tempat, selalu menggunakan masker atau penutup mulut, makan makanan bergizi. Harus selalu pake masker muka tiap saat mau dirumah atau pergi bekerja, saya sudah buat pot untuk tampung lendir dan tidak boleh buang ludah di sembarang tempat. Saya juga harus selalu jemur kasur dan bantal. Tempat makan harus dipisahkan dari anggota keluarga yang lain.

Data obyektif:

1. Keluarga mampu mengenal masalah: keluarga terlihat paham dan dapat menjelaskan kembali tentang proses penyakit, tanda dan gejala, penyebab, cara penularan dan pencegahan penyakit TB paru. Dan sudah tau nama obat, efek samping dan komplikasi jika tidak minum obat secara teratur.
2. Keluarga mampu merawat anggota keluarga untuk meningkatkan atau memperbaiki kesehatan: keluarga sudah rutin menjemur kasur dan bantal, sudah membuat pot sputum yang terbuat dari ember kecil yang memiliki penutup diisi dengan air dan campuran bayclin serta keluarga yang sakit sudah selalu menggunakan masker penutup muka.

Asesment: Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit teratasi.

Planing: Intervensi yang ada tetap dipertahankan dan dilanjutkan oleh keluarga Tn. T.R.M.

## **3.2.PEMBAHASAN**

### **3.2.1.Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok. Pengkajian harus dilakukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual (Carpenito & Moyet 2007). Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan. Pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah pengumpulan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder lainnya yang meliputi: catatan, hasil pemeriksaan diagnostik, dan literature (Deswani 2009).

Hasil pengkajian yang dilakukan pada keluarga Tn. T.R.M. tanggal 25 Mei 2019 di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana didapatkan: Tn. T.R.M. jenis kelamin laki-laki, umur 67 tahun, pasien menganut agama kristen protestan, asal Timor, bekerja sebagai Pensiunan. Pasien dan keluarga sudah mengetahui tentang penyakit TBC, keluarga tidak mengetahui apa yang menyebabkan Tn. T.R.M. mengalami sakit TBC, anggota keluarga tidak mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan yang diderita oleh Tn. T.R.M, keluarga tidak paham akibat dari penyakit TBC, keluarga tidak paham cara pencegahan penyakit TBC, keluarga tidak tahu cara merawat anggota keluarga yang mengalami sakit TBC, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga tidak mampu memodifikasi lingkungan dan keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan. Tipe keluarga tersebut adalah keluarga besar yang terdiri dari ayah, dan 2 orang anak kandung, 1 menantu dan 5 oran cucu. Tahap perkembangan keluarga tersebut adalah keluarga dengan anak dewasa. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah menyekolahkan cucu-cucu sampai ke perguruan tinggi

Keluarga tersebut adalah keluarga besar yang terdiri dari ayah, dan anak-anak serta menantu dan cucu. Pendidikan terakhir kepala keluarga SMA, pekerjaannya Pensiunan, pendidikan terakhir anak pertama SMA, anak ke dua pendidikan terakhir SMA dan status ekonomi mereka bagus dan semua cucu-cucunya berada dalam bangku



pendidikan. Keluarga Tn.T.R.M. belum mampu mengenal masalah kesehatan karena yang hanya diketahui oleh keluarga ialah pengertian TBC tetapi tanda dan gejala serta penanganannya belum diketahui, keluarga Tn.T.R.M, pendapat ini sesuai dengan (Notoatmojo, 2007) yaitu karena adanya proses pendidikan sebelumnya yang melalui beberapa tahap hingga kemudian terbentuk pola perilakunya. Mampu mengambil keputusan dengan membawa Tn.T.R.M. untuk berobat ke fasilitas kesehatan di puskesmas sikumana, keluarga Tn.T.R.M. Keluarga Tn.T.R.M. tidak tau cara merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga mengatakan jarang makan buah-buahan dan makanan bergisi, dan keluarga juga tidak tau kalau penyakit TBC bisa menular lewat udara sehingga keluarga dan Tn.T.R.M jarang menggunakan masker, keluarga tidak mampu memodifikasi lingkungan karena keluarga tidak mengetahui sumber-sumber disekitar rumah yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan, dan keadaan rumah tampak kotor dan berdebu, Ini dibuktikan dalam teori menurut (Achmadi 2010), keadaan rumah yang kumuh, berdebu, keadaan kamar tidur yang pengap karena sinar matahari yang tidak bisa masuk, kasur yang tidak pernah dijemur, merupakan faktor-faktor yang menyebabkan kuman-kuman tuberkulosis mudah menyebar dan menular. keluarga Tn.T.R.M sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan, keluarga mengatakan jika ada keluarga yang sakit akan segera dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

### **3.2.2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito, 2000). Diagnosa keperawatan adalah “keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Nanda 2015).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada keluarga Tn. T.R.M. di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana pada tanggal 25 Mei 2019 adalah “Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga”.

Diagnosa ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga di tetapkan karena berdasarkan hasil pengkajian pada keluarga Tn. T.R.M. didapatkan data: 1). keluarga tidak mengerti secara rinci apa yang menyebabkan Tn. T.R.M. mengalami TBC, 2). keluarga belum mengetahui secara baiktanda dan gejala TBC, 3). Keluarga tidak mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan yang diderita oleh Tn. T.R.M 4). Keluarga tidak mengetahui akibat dari penyakit TBC, 5). Keluarga kurang mengetahui cara pencegahan penyakit TBC. Data ini sesuai dengan (NANDA 2015). Yang menetapkan bahwa keluarga kurang memperhatikan penyakit Tn.TRM, dan keluarga tidak mengetahui aktifitas yang tepat untuk memenuhi tujuan kesehatan dan penurunan keterampilan dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, perilaku kurang adaptif terhadap perubahan lingkungan dan perilaku kurang dalam upaya pencegahan penularan TBC pada anggota keluarga yang lain

### **3.2.3. Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengurangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Maryam, 2008). Intervensi adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesadaran saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan (Syahrini, 2015). Intervensi yang di tetapkan adalah : 1). Mampu mengenal 2). Pendidikan kesehatan, 3). Pengajaran proses penyakit, 4) keluarga mampu mengambil keputusan, 5). Dukungan dalam membuat keputusan, 6). Keluarga mampu merawat, 7). Pendekatan koping, 8). Konseling, 9).keluarga mampu memodifikasi lingkungan, 10). Dukungan terhadap pemberian perawatan, 11). Pemeliharaan proses keluarga, 12). Dukungan keluarga (Carpenito & Moyet).

Intervensi yang direncanakan pada keluarga Tn. T.R.M. di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana pada tanggal 26 Mei 2019 yaitu: 1). bina hubungan saling percaya, 2). kenali pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini, 6). jelaskan pada pasien dan keluarga tentang proses penyakit TBC 3). Identifikasi kemungkinan, penyebab atau faktor resiko penyakit TBC 4). jelaskan pada pasien dan keluarga tanda dan gejala dari TBC, 5). anjurkan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar, 6). anjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan peralatan makan, minum dan mandi secara terpisah, 7). Ajarkan cara perawatan pencegahan rumah dan memodifikasi lingkungan dan pembuatan pot dahak, 8). anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur.

Intervensi disusun dalam : 1). Bina hubungan saling percaya. Dengan membina hubungan saling percaya maka data yang didapatkan lebih lengkap dan bersosialisasi dengan baik dengan keluarga dan keluarga bisa menerima keberadaan petugas kesehatan. Pendapat ini berdasarkan teori (Notoadmojo 2002) yaitu dengan rasa saling percaya, keluarga mampu mengungkapkan perasaan sehingga data yang didapat akurat dan mudah melakukan tindakan keperawatan. 2). Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang proses penyakit TBC. Penjelasan proses penyakit TBC akan membuat pasien dan keluarga mampu mengetahui proses penyakit dari TBC. 3). Identifikasi kemungkinan penyebab atau faktor resiko penyakit TBC. Mengidentifikasi penyebab dan faktor resiko penyakit TBC akan menyebabkan pasien dan keluarga mampu mengurangi /memperburuk kondisi kesehatan pasien. 4). jelaskan pada pasien dan keluarga tanda dan gejala dari TBC. Menjelaskan tanda dan gejala TBC akan memungkinkan pasien dan keluarga lebih cepat untuk berespon apabila muncul pada keluarga terdekat. 5). Anjurkan pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar. Menjaga lingkungan sekitar akan mengurangi pertumbuhan bakteri penyebab penyakit dan meningkatkan kesehatan. 6). Anjurkan untuk menggunakan peralatan makan, minum dan mandi secara terpisah. Penggunaan peralatan makanan secara terpisah akan mengurangi resiko penularan TBC. 7). Anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur. Penggunaan obat secara tidak

teratur akan menyebabkan pasien kebal terhadap obat dan bila putus obat akan menyebabkan pasien memulai minum obat dari awal. Pendapat ini sesuai dengan teori (Asmadi, 2012).

#### **3.2.4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tahap keempat dalam proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi (Nurarif, 2004). Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi keperawatan merupakan tahap melaksanakan rencana tindakan keperawatan atau strategi-strategi keperawatan. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan serta sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah diangkat berdasarkan masalah yang ada pada pasien. Implementasi yang dilakukan yaitu, pendidikan kesehatan, pengajaran proses penyakit, dukungan dalam membuat keputusan, peningkatan coping konseling, dukungan emosional, dukungan kelompok, dukungan terhadap pemberi perawatan, pemeliharaan proses keluarga, dukungan keluarga, identifikasi faktor resiko, pendidikan kesehatan.

Implementasi yang telah dilakukan pada keluarga Tn.T.R.M di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana pada tanggal 27-29 Juni 2018 yang pertama yaitu, memberikan edukasi yaitu : memberikan pendidikan kesehatan mengenai pengertian TBC, penyebab TBC, tanda dan gejala TBC, pencegahan TBC, pengobatan TBC. Yang kedua yaitu memberikan motivasi. Motivasi yang diberikan yaitu menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur, rajin mengontrol kesehatan, menganjurkan keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar, menganjurkan kepada keluarga untuk memisahkan peralatan makan, minum dan mandi, menganjurkan keluarga untuk memantau Tn. T.R.M dalam konsumsi obat. Yang ketiga yaitu demonstrasi. Demonstrasi yang diberikan yaitu mengajarkan keluarga cara pembuatan pot dahak dengan campuran

air dan baikin dengan perbandingan 1:9 untuk membunuh kuman yang menyatu dengan dahak, cara penggunaan masker.

Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dalam pencegahan penularan TB Paru, kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan mempunyai peluang 95,52 % kali lebih berubah sikap dalam pencegahan penularan Tb Paru dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, menurut jurnal ilmu keperawatan (Novia Rizana dkk). Kedua memberikan motivasi untuk berobat secara teratur, rajin mengontrol kesehatan, menjaga kebersihan diri dan lingkungan, memisahkan peralatan makan, dan memantau konsumsi obat, dan memberikan motivasi kesembuhan. Menurut jurnal ilmiah mahasiswa kesehatan masyarakat (Risdayani dkk) peran keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TBC Paru meliputi keluarga menyiapkan makanan bergizi, selalu menyiapkan untuk minum obat, sering menanyakan keluhan-keluhan yang dirasakan sehingga penderita merasa diperhatikan dan menjadi termotivasi untuk menjalani pengobatan sampai selesai dan sembuh. Demonstrasi dilakukan agar keluarga lebih mudah memahami cara perawatan untuk Tn.T.R.M. karena segala sesuatu yang dilihat secara nyata lebih mudah diingat dibandingkan hanya sebuah ucapan. Sehingga perawatan dapat berjalan dengan baik dan mempercepat proses penyembuhan. Data ini sesuai dengan (sanjaya, 2006 . metode demonstrasi adalah metode mengajar dengan cara memperagakan sesuatu yang sesuai dengan sebuah pembelajaran.

### **3.2.5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian proses yang menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009). Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah (Meirisa, 2013). Evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai atau tidak (Friedman, 1998). Evaluasi yang didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh

keluarga, perawat, dan lainnya. Faktor yang paling penting adalah bahwa metode harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang di evaluasi, bila tujuan tersebut sudah tercapai, maka akan membuat rencana tindakan lanjut. Evaluasi yang dilakukan yaitu, mampu mengenal masalah kesehatan, mampu mengambil keputusan, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Evaluasi yang didapat dari hasil perawatan selama 3 hari dari tanggal 28-30 Mei 2019 di keluarga Tn. T.R.M. di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana adalah: 1) keluarga sudah mengenal masalah kesehatan, 2). Keluarga sudah mampu mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan, 3). Keluarga sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit, 4). Keluarga sudah mampu memelihara atau memodifikasi lingkungan rumah yang sehat, 5). Keluarga sudah mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

Evaluasi yang di dapat pada tanggal 27-29 Mei 2019 di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana adalah : 1). Tn. T.R.M.dan keluarga sudah mampu mengenal masalah kesehatan dengan cara penggunaan masker,Keluarga sudah mengetahui masalah kesehatan atau penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya,keluarga sudah mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit, keluarga sudah mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit,. keluarga sudah mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan,Keluarga sudah mengetahui akibat masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga yang sakit bila tidak diobati. Karena pada saat diberikan pendidikan kesehatan pasien mengikuti dan memahaminya dengan baik dan pada saat penyuluh mengevaluasi kembali pasien dapat menjawab pertanyaan dengan baik, karena pasien memperhatikan penyuluhan dengan baik, ini sesuai dengan (Notoatmojo 2003) pendidikan merupakan segala upaya yang dirancang untuk mempengaruhi orang lain baik individu,kelompok atau masyarakat,sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan .2) keluarga sudah mampu mengambil keputusan dengan membawa pasien berobat ke fasilitas kesehatan,hal ini didukung dengan teori BPN (2007) keluarga dapat membawa pasien ke fasilitas kesehatan .3)Kemampuan

merawat anggota keluarga yang sakit: keluarga sudah mengetahui cara merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga sudah mengetahui cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Karena jika ada anggota keluarga yang sakit mereka langsung membawanya ke fasilitas kesehatan, hal ini didukung dengan teori BPN (2007) keluarga dapat membawa pasien ke fasilitas kesehatan. 4) Keluarga sudah mengetahui tentang sumber yang dimiliki oleh anggota keluarga di sekitar rumah, karena pada saat diberikan penyuluhan keluarga mengikuti dan memahami dengan baik, keluarga sudah mampu melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan, karena pada saat diberikan informasi tentang penerangan yang baik dan lingkungan yang aman, pasien dapat mengikutinya dengan dibuktikan penerangan di rumah keluarga sudah baik dan lantai WC di rumah keluarga tidak licin, hal ini sejalan dengan teori menurut Depkes RI (2009) Pencegahan juga dapat dilakukan dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), yang meliputi menjemur alat tidur, membuka pintu dan jendela setiap pagi, agar udara dan sinar matahari bisa masuk sehingga sinar matahari langsung dapat mematikan kuman TB.5). keluarga sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik dan sudah menggunakan fasilitas untuk pemeriksaan kesehatan, hal ini didukung dengan teori BPN (2007) keluarga dapat membawa atau mengajak pasien ke fasilitas kesehatan setiap dua minggu sekali untuk melihat perkembangan penyakitnya atau jika pasien mengalami keluhan-keluhan yang harus segera ditangani.

### **3.3. Keterbatasan Studi Kasus**

Studi kasus ini, terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus antara lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, waktu yang dibutuhkan untuk mencari referensi sebagai acuan dalam teori dan memperoleh data, alat dan bahan yang dibutuhkan dalam penelitian kekurangan lengkap dan jarak rumah pasien yang jauh.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Hasil pengkajian yang dilakukan pada keluarga Tn. T.R.M. tanggal 25 Mei 2019 di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana didapatkan: Tn. T.R.M. jenis kelamin laki-laki, umur 67 tahun, pasien menganut agama kristen protestan, asal Timor, bekerja sebagai Pensiunan. Pasien dan keluarga sudah mengetahui tentang penyakit TBC, keluarga tidak mengetahui apa yang menyebabkan Tn. T.R.M. mengalami sakit TBC, anggota keluarga tidak mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan yang diderita oleh Tn. T.R.M, keluarga tidak paham akibat dari penyakit TBC, keluarga tidak paham cara pencegahan penyakit TBC, keluarga tidak tahu cara merawat anggota keluarga yang mengalami sakit TBC, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga tidak mampu memodifikasi lingkungan dan keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan. Tipe keluarga tersebut adalah keluarga besar yang terdiri dari ayah, dan 2 orang anak kandung, 1 menantu dan 5 orang cucu. Tahap perkembangan keluarga tersebut adalah keluarga dengan anak dewasa. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah menyekolahkan cucu-cucu sampai ke perguruan tinggi

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada keluarga Tn. T.R.M. di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana pada tanggal 25 Mei 2019 adalah “Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga”.

Intervensi yang direncanakan pada keluarga Tn. T.R.M. di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana pada tanggal 26 Mei 2019 yaitu: 1). bina hubungan saling percaya, 2). kenali pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini, 3). jelaskan pada pasien dan keluarga tentang proses penyakit TBC 4). Identifikasi kemungkinan, penyebab atau faktor resiko penyakit TBC 8). jelaskan pada pasien dan keluarga tanda dan gejala dari TBC, 5). anjurkan pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar, 6). anjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan peralatan makan, minum



dan mandi secara terpisah, 7). Ajarkan cara perawatan pencegahan rumah dan memodifikasi lingkungan dan pembuatan pot dahak, 8). anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur.

Implementasi yang telah dilakukan pada keluarga Tn.T.R.M di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana pada tanggal 27-29 Juni 2018 yang pertama yaitu, memberikan edukasi yaitu : memberikan pendidikan kesehatan mengenai pengertian TBC, penyebab TBC, tanda dan gejala TBC, pencegahan TBC, pengobatan TBC. Yang kedua yaitu memberikan motivasi. Motivasi yang diberikan yaitu menganjurkan pasien untuk berobat secara teratur, rajin mengontrol kesehatan, menganjurkan keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar, menganjurkan kepada keluarga untuk memisahkan peralatan makan, minum dan mandi, menganjurkan keluarga untuk memantau Tn. T.R.M dalam konsumsi obat. Yang ketiga yaitu demonstrasi. Demonstrasi yang diberikan yaitu mengajarkan keluarga cara pembuatan pot dahak dengan campuran air dan baikin dengan perbandingan 1:9 untuk membunuh kuman yang menyatu dengan dahak, cara penggunaan masker.

Evaluasi yang didapat dari hasil perawatan selama 4 hari dari tanggal 28-30 Mei 2019 di keluarga Tn. T.R.M. di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana adalah: 1) keluarga sudah mengenal masalah kesehatan, 2). Keluarga sudah mampu mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan, 3). Keluarga sudah mampu merawat anggota keluarga yang sakit, 4). Keluarga sudah mampu memelihara atau memodifikasi lingkungan rumah yang sehat, 5). Keluarga sudah mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

## **4.2 Saran**

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien dan keluarga:

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan komunitas terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan keluarga dan promosi kesehatan.

### **2. Bagi Puskesmas**

Diharapkan puskesmas dapat memberikan lebih sering penyuluhan tentang TB paru dan skrining penyakit menular yang salah satunya adalah TB paru yang merupakan salah satu dari dua belas indikator keluarga sehat, agar menjadi pencegahan bagi masyarakat yang belum terkena TB paru dan penanganan sebelum pasien TB paru di bawah ke fasilitas kesehatan serta melakukan kunjungan rumah di keluarga-keluarga yang anggota keluarganya menderita TB paru.

### **3. Bagi Perawat**

Diharapkan bagi perawat-perawat yang melakukan home care bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara komprehensif.

### **4. Bagi Keluarga**

Diharapkan setelah berakhirnya perawatan di rumah, keluarga akan selalu melakukan tindakan yang telah di ajarkan sampai dengan keadaan anggota keluarga yang sakit kembali

sehat. Serta bisa menjadi contoh untuk keluarga lain di lingkungan sekitar daerah tempat tinggalnya.

## DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan

Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan, Kemenkes RI, 2016. Pdf. Kementerian Kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Puslat SDM Kesehatan, 2016.

Keperawatan Keluarga dan Komunitas

Profil Kesehatan NTT 2015 Dinas Kesehatan Provinsi Kupang

Smeltzer, Suzanne C, 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth. Ed.8. Vol.1. Jakarta : EGC

Who. 2016. Global Tuberculosis Report 2016. Http : [www. Who. Int /tb/ publication / global Report](http://www.who.int/tb/publication/global-report).

Kementerian Kesehatan RI. 2011. Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta : Pusat Data Informasi. Pdf

Notoatmodjo. 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurarif, Amin H., Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Jilid 3. Jogjakarta : Mediacion.

PPNI, Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia 2015 *Modul Panduan Dokumentasi Askep Komunitas (Individu, Keluarga Kelompok/Komunitas) Dengan Pendekatan NANDA, ICPN, NOC, NIC*.

Departemen Kesehatan RI , 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, edisi 2, Jakarta. Pdf.

Profil Kesehatan NTT 2013 Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Smeltzer, Suzanne C. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Burnner and Suddarth*. Ed. 8. Vol.3. Jakarta: EGC.

Telly Margaretha,dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Kupang. Lima Bintang.



**PEMERINTAH KOTA KUPANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT. PUSKESMAS SIKUMANA**

Jln. Oebonik I No. 4 Sikumana, Kupang. Telp.(0380) 820591; Mobile: 082119446094. Kode Pos: 85143  
Website: <http://pusksmn.dinkes-kotakupang.web.id>. Email: [puskesmassikumana96@gmail.com](mailto:puskesmassikumana96@gmail.com)

**SURAT KETERANGAN**

**NO : PUSK. SMN 445.870 / 250 /VI/2019**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : dr. E. Evalina Corebima  
NIP : 19750415 200312 2 007  
Pangkat / Gol. : Pembina / IV A  
Jabatan : Kepala Puskesmas Sikumana

Dengan ini menerangkan bahwa :

NO	NAMA	NO	NAMA
1.	Elfrida Sinta Usut	8.	Rendi Bnahur Bria
2.	Chistine Ntalia They	9.	Thersseia Maria Dueytu
3.	Antoneta Mailay	10.	Sherly Ivona Illu
4.	Yohanis Hae Rihi	11.	Debiani Adu
5.	Ignasius Naihati	12.	Intan Khurrotul Ain
6.	Enda Sriwati S. Malo	13.	Hesron Alvian Balukh
7.	Helenora Nuriati	14.	Klara Arianti Tukan

Fakultas/ Jurusan : D III Keperawatan / Keperawatan  
Universitas/PT : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Yang bersangkutan diatas benar-benar mahasiswa yang telah melakukan Ujian Akhir Program di Puskesmas Sikumana dalam rangka menyelesaikan tugas akhir.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 7 Juni 2019

Mengetahui

Kepala UPT. Puskesmas Sikumana

  
dr. E. Evalina Corebima

Nip : 19750415 200312 2 007

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

**“TUBERCULOSIS”**



**OLEH :**

**SHERLY IVONA ILLU**

**NIM : PO 530320116345**

**TINGKAT III KARYAWAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**PRODI DIII KEPERAWAATAN**

**2019**



## **SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Pokok bahasan : TBC

Hari/tanggal : Senin, 27 Mei 2019

Waktu : 30 menit.

Tempat : Rumah Bpk. T.R.M

Sasaran : Penderita TBC dan keluarga

---

---

### **1. Tujuan**

- Umum : Penderita dan keluarga dapat memahami tentang pengertian, penyebab, dan penanganan TBCserta pencegahan.
- Khusus : Setelah melakukan penyuluhan ini pasien dan keluarga mampu
  1. Menjelaskan pengertian TBC
  2. Menjelaskan penyebab TBC
  3. Menjelaskan tanda dan gejala TBC
  4. Menjelaskan cara pencegahan TBC
  5. Menjelaskan cara penularan TBC
  6. Menjelaskan cara pengobatan TBC

### **2. Materi**

- Pengertian Tuberculosis (TBC)
- Penyebab TBC
- Tanda dan gejala TBC
- PencegahanTBC
- penularan TBC
- Pengobatan TBC



### 3. Kegiatan

No	Tahap	Kegiatan		Waktu
		Penyuluh	Sasaran	
1.	Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberi salam pembukaan.</li> <li>• Memperkenalkan diri.</li> <li>• Menjelaskan tujuan penyuluhan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membalas salam.</li> <li>• Mendengar identitas penyuluh.</li> <li>• Menyimak tujuan penyuluhan</li> </ul>	5 menit.
2.	Penyajian materi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajukan beberapa pertanyaan tentang apa yang peserta ketahui tentang Tuberculosis (TBC)</li> <li>• Memberikan ceramah tentang               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengertian TBC</li> <li>• Penyebab TBC</li> <li>• Tanda dan gejala TBC</li> <li>• Pencegahan TBC</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjawab pertanyaan penyuluh.</li> <li>• Mendengar dengan seksama dan mencatat hal-hal yang penting dan yang kurang jelas.</li> <li>• Mengajukan pertanyaan tentang materi yang belum jelas.</li> <li>• Menjawab pertanyaan sesuai materi.</li> </ul>	20 menit.
3.	Diskusi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meminta peserta mengajukan pertanyaan jika ada yang belum jelas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajukan pertanyaan kepada penyuluh.</li> </ul>	10 menit
5.	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi.</li> <li>• Menyimpulkan materi yang telah disampaikan.</li> <li>• Mengucapkan salam penutup.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjawab pertanyaan penyuluh,</li> <li>• Mendengarkan dan memperhatikan, kesimpulan,</li> <li>• Menjawab salam.</li> </ul>	5 menit

#### 4. Metode

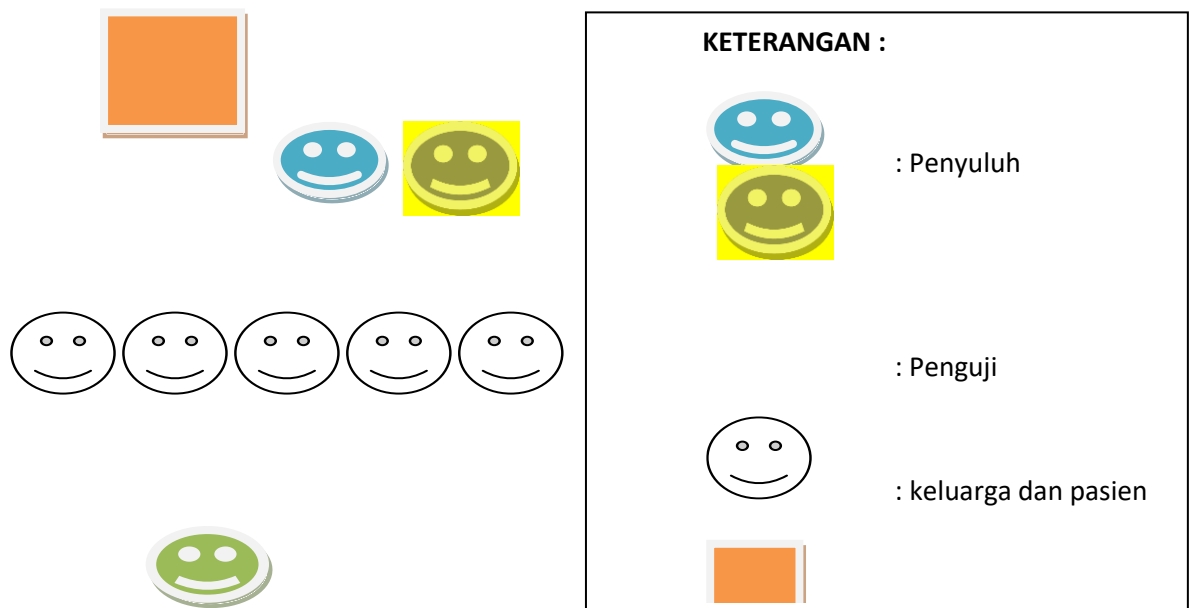
❖ Ceramah.

❖ Diskusi.

#### 5. Media

❖ Leaflet

#### 7. Setting tempat



#### 8. Pengorganisasian

Penguji : Israfil,S.Kep,Ns ,M.Kes

Penyuluh/Pemateri : Sherly Ivona Illu

Dokumentasi : Rendi.B.Bria

#### 9. Evaluasi.

- 1) Metode evaluasi : Lisan
- 2) Soal :
  - a. Apa yang dimaksudkan dengan TBC?
  - b. Apa penyebab terjadinyaTBC?
  - c. Apa saja tanda dan gejala TBC?
  - d. Bagaimana cara penularan TBC?

## MATERI PENYULUHAN

### A. Pengertian

Tuberculosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. (Depkes RI, 2007).

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang hampir seluruh organ tubuh dapat terserang olehnya, tapi yang paling banyak adalah paru-paru (IPD, FK, UI).

### B. Etiologi

Etiologi Tuberculosis Paru adalah *Mycobacterium Tuberculosis* yang berbentuk batang dan Tahan asam (Price, 1997).

Penyebab Tuberculosis adalah *M. Tuberculosis* bentuk batang panjang 1 – 4  $\mu\text{m}$ . Dengan tebal 0,3 – 0,5  $\mu\text{m}$ . Selain itu juga kuman lain yang memberi infeksi yang sama yaitu *M. Bovis*, *M. Kansasii*, *M. Intracellulare*.

### C. Tanda & Gejala

- a. Gejala utama: batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih.
- b. Gejala lainnya :
  1. Batuk bercampur darah
  2. Sesak napas dan nyeri dada
  3. Badan lemah
  4. Nafsu makan berkurang
  5. Berat badan turun
  6. Rasa kurang enak badan (lemas)
  7. Demam meriang berkepanjangan

8. Berkeringat di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan.

(Kementrian Kesehatan RI, 2010)

#### **D. Penularan**

Sum berpenularan TB paru adalah penderita TB paru BTA positif. Penularan terjadi pada waktu penderita TB paru batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman bakteri ke udara dalam bentuk droplet (percikandahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam, orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup kedalam pernapasan. Setelah kuman TB paru masuk ke bagian tubuh lainnya melalui system peredaran darah, system saluran limfe, saluran napas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Depkes RI, 2002).

#### **E. Pencegahan**

##### **1. Penderita TB Paru**

- Minum obat secara lengkap dan teratur sampai sembuh
- Meutup mulut saat bersin atau batuk
- Meludah ditempat yang terkena sinar matahari atau tempat yang memiliki tutup yang diisi air sabun

##### **2. Keluarga**

- Jemur alat tidur
- Buka jendela dan pintu lebar-lebar agar udara segar & sinar matahari dapat masuk
- Jangan tukar menukar peralatan mandi
- Olahraga secara teratur
- Beristirahat cukup
- Buang air besar di jamban/WC
- Makan makanan bergizi
- Tidak merokok dan tidak minum minuman keras

##### **3. Anak**

- Beri imunisasi BCG pada bayi
- Beri makanan bergizi

- Jauhkan dari jagkauan orang yang terinfeksi TB paru

## F. Pengobatan

Jenis obat yang dipakai

- |                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| - Obat Primer      | - Obat Sekunder                    |
| 1. Isoniazid (H)   | 1. Etambutol                       |
| 2. Rifampisin (R)  | 2. Protionamid                     |
| 3. Pirazinamid (Z) | 3. Sikloserin                      |
| 4. Streptomisin    | 4. Kanamisin                       |
| 5. Etambutol (E)   | 5. PAS (Para Amino Salicylic Acid) |
|                    | 6. Tiasetazon                      |
|                    | 7. Viomisin                        |
|                    | 8. Kapreomisin                     |

Pengobatan TB ada 2 tahap menurut DEPKES.2000 yaitu :

- Tahap INTENSIF  
Penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap rifampisin. Bila saat tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasanketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.
- Tahap lanjutan  
Pada tahap lanjutan penderita mendapat obat jangka waktu lebih panjang dan jenis obat lebih sedikit untuk mencegah terjadinya kekebalan.

Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten (dormant) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Brunner S (2000). *Buku Ajar Keperawatan medikal Bedah. Vol.3, Ed 8*, Jakarta ; EGC
- Depkes RI (2008). *Pedoman Nasional PenanggulanganTuberkulosis. Jakarta ; Gerdunas*
- Depkes RI (2010). *Pedoman Nasional PenanggulanganTuberkulosis. Jakarta ; Gerdunas*
- Kemenkes RI (2010). *Strategi Nasional Pengendalian TB. Jakarta :*  
Kemenkes RI

### Pencegahan Penularan TBC

Cegah TBC dengan :

1. menelan OAT secara Lengkap
2. Menutup mulut dengan masker atau saputangan waktu bersin atau batuk dan mencuci tangan
3. Tidak membuang dahak di sembarang tempat
4. Makan makanan bergizi
5. Tidak merokok dan minum minuman keras
6. Olahraga teratur
7. Tidak menular peralatan mandi
8. Buang air besar di jamban
9. Menjaga sirkulasi udara dan pencahayaan yang cukup
10. Beristirahat dengan cukup



# TBC BUKAN PENYAKIT KUTUKAN DAN BUKAN PENYAKIT KETURUNAN

## Apa itu TBC Paru ?



OLEH :  
SHERLY IVONA  
ILLU

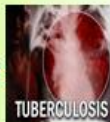


Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Kupang  
Prodi Keperawatan



### Pengertian

TBC adalah penyakit menular (jangruk) yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*)



### Penyebab TBC

TBC disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium Tuberculosis*



## Gejala Tuberkulosis (TB)



### Cara Penularan TBC

TBC dapat menular dari penderita melalui :

1. percikan dahak sewaktu bersin atau batuk
2. Kontak dengan barang penderita



### Pengobatan TBC

Pengobatan TBC dibagi dalam 2 kategori: Kategori I (pengobatan selama 6-8 bulan)

Terbagi dalam 2 tahap :

1. tahap awal obat diminum selama 2 atau 3 bulan
2. Tahap kedua obat diminum 3 kali seminggu selama 4 atau 5 bulan

Kategori II (pengobatan selama 8 bulan)

Terbagi dalam 2 tahap :

1. tahap awal obat diminum selama 3 bulan + suntikan streptomisin setiap hari selama 2 bulan
2. Tahap lanjutan obat diminum 3 kali seminggu selama 5 bulan



## DOKUMENTASI PENYULUHAN TBC



DOKUMENTASI PEMBUATAN CONTOH LARUTAN DESINFEKSI UNTUK  
DAHAK





DOKUMENTASI BERSAMA DOSEN SETELAH SELESAI UAP  
( UJIAN AKHIR PROGRAM )





Lampiran 2

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp : (0380) 8800256;

Fax (0380)8800256; Email : [Poltekeskupang@yahoo.com](mailto:Poltekeskupang@yahoo.com)

**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : Sherly Ivona Ilu  
NIM : PO530320116345  
NAMA PEMBIMBING : Israfil,S,Kep.,Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumad, 24 Mei 2019	-- Penjelasan arahan pra ujian praktek	Israfil.,S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN : 9908420062
2	Selasa 28 Mei 2019	-- Evaluasi hasil ujian praktek -- Bimbingan penulisan Karya Tulis Ilmiah	Israfil.,S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN : 9908420062
3	Rabu 29 Mei 2019	-> Konsultasi Bab I. -> Konsultasi Bab II	Israfil.,S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN : 9908420062
4	Kamis 30 Mei 2019	-> Konsultasi Revisi Bab I -> Konsultasi Revisi Bab II -> Konsultasi Revisi Bab III -> Konsultasi Revisi Bab IV	Israfil.,S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN : 9908420062
5	Jumad, 31 Mei 2019	-> Konsultasi Revisi Bab I -> Konsultasi Revisi Bab II -> Konsultasi Revisi Bab III -> Konsultasi Revisi Bab IV	Israfil.,S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN : 9908420062



6	Selasa 11 Juni 2013	→ Konsultasi Perini Bab I - Bab II → ACC ujian sidang.	Israfil, S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN: 9908420062
7	Jumad, 14 Juni 2013	→ Konsultasi Perini I pasca ujian sidang.	Israfil, S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN: 9908420062
8	Sabtu 15 Juni 2013	→ Konsultasi Perini I pasca ujian sidang.	Israfil, S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN: 9908420062
9	Senin 17 Juni 2013	→ Konsultasi Perini I pembahasan → Konsultasi Perini I Abstrak	Israfil, S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN: 9908420062
10	Selasa 18 Juni 2013	→ Konsultasi Perini I pembahasan → Konsultasi Perini I Abstrak.	Israfil, S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN: 9908420062
11	Rabu 19 Juni 2013	-- ACC Jilid Laporan Studi Kasus.	Israfil, S.Kep.,Ns.,M.Kes NUPN: 9908420062
12		- pengumpulan Laporan studi kasus kepada.	